



CGU

Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

RELATÓRIO DE AUDITORIA ANUAL DE CONTAS

Secretaria de Atenção à Saúde

Exercício 2017

23 de julho de 2018

Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União - CGU
Secretaria Federal de Controle Interno

RELATÓRIO DE AUDITORIA ANUAL DE CONTAS 2017

Órgão: **MINISTERIO DA SAUDE**

Unidade Examinada: **Secretaria de Atenção à Saúde**

Município/UF: **Brasília/Distrito Federal**

Ordem de Serviço: **201800131**

Missão

Promover o aperfeiçoamento e a transparência da Gestão Pública, a prevenção e o combate à corrupção, com participação social, por meio da avaliação e controle das políticas públicas e da qualidade do gasto.

Auditoria Anual de Contas

A Auditoria Anual de Contas tem por objetivo fomentar a boa governança pública, aumentar a transparência, provocar melhorias na prestação de contas dos órgãos e entidades federais, induzir a gestão pública para resultados e fornecer opinião sobre como as contas devem ser julgadas pelo Tribunal de Contas da União.



Ministério da Transparência,
Fiscalização e Controle

RELATÓRIO Nº 201800131

QUAL FOI O TRABALHO REALIZADO?

Trata-se de Relatório de Auditoria Anual de Contas realizada na Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), no qual foram avaliados os atos de gestão praticados no exercício de 2017.

O foco dessa avaliação é a atuação da SAS/MS no âmbito da Política Nacional para Prevenção e Combate ao Câncer no SUS

Adicionalmente, foram efetuados exames sobre as peças que compõem o processo de contas da Unidade, além da avaliação acerca do atendimento às recomendações da CGU e determinações do TCU.

POR QUE O TRABALHO FOI REALIZADO?

O presente Relatório visar dar atendimento à Decisão Normativa – TCU nº 163, de 6 de dezembro de 2017, a qual dispõe sobre a relação das unidades prestadoras de contas cujos responsáveis terão as contas de 2017 julgadas pelo Tribunal e especifica a forma, os prazos e os conteúdos para a elaboração das peças de responsabilidade dos órgãos de controle interno e das instâncias supervisoras que comporão os processos de contas, nos termos do art. 4º da Instrução Normativa TCU 63, de 1º de setembro de 2010.

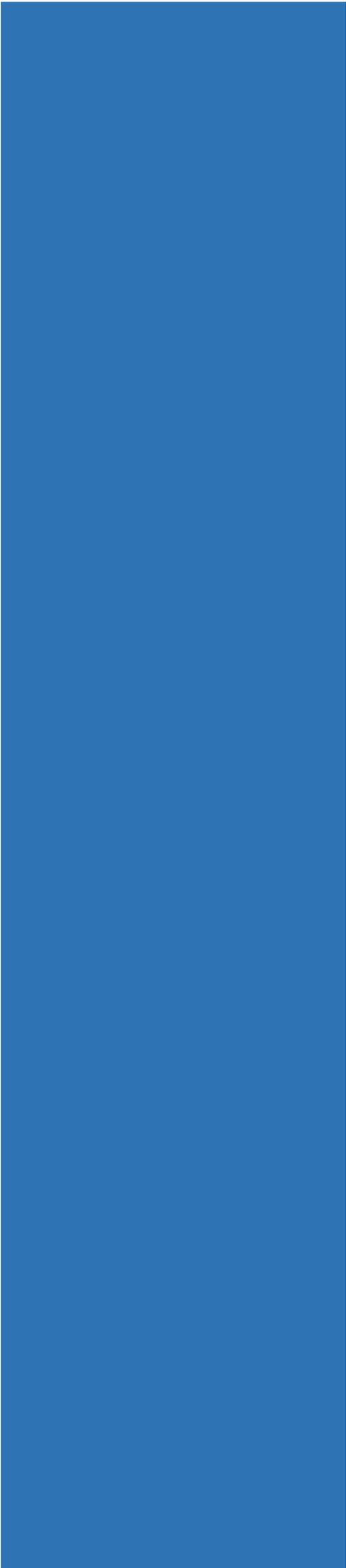
QUAIS AS CONCLUSÕES ALCANÇADAS? QUAIS RECOMENDAÇÕES FORAM EMITIDAS?

As análises contidas nesse relatório decorrem de seis auditorias realizadas pela CGU entre 2017 e 2018 sobre aspectos da Política Nacional para Prevenção e Combate ao Câncer no SUS, com foco na atuação dos gestores da SAS/MS. Foram abordados os seguintes temas: Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON); Transferências Voluntárias na área de oncologia; Plano de Expansão da Radioterapia; Critérios de Rateio dos Recursos Federais para Custeio da Atenção Oncológica; Fluxo Interestadual de Pacientes Oncológicos; e Planejamento e Monitoramento da Atenção Oncológica em Nível Nacional.

Verificou-se que os critérios adotados pelo Ministério da Saúde para a alocação de recursos públicos na atenção oncológica necessitam de aprimoramento, de modo a diminuir desigualdades regionais e otimizar a oferta de tratamentos contra o câncer no SUS.

Verificou-se, também, que a SAS/MS não tem adotado medidas suficientes para ampliar a oferta de procedimentos oncológicos em diversas regiões do país.

Nesse contexto, esse relatório trata de situações onde os resultados alcançados na



Política Nacional para Prevenção e Combate ao Câncer são incompatíveis com o montante de recursos federais aplicados.

Ao todo, esses 6 relatórios contêm 22 recomendações destinadas à SAS/MS, que visam aprimorar diversos aspectos técnicos da Política Nacional para Prevenção e Combate ao Câncer, incluindo os mecanismos para monitoramento das ações realizadas pelos hospitais habilitados, os critérios para distribuição dos recursos federais, dentre outros.

Além dos resultados quantitativos e qualitativos alcançados na referida Política, esse relatório contém análise sobre a atuação da SAS/MS diante das recomendações emitidas pela CGU. Sobre esse aspecto, convém destacar os esforços empreendidos para dar tratamento ao alto estoque de recomendações pendentes, sobretudo quanto às recomendações voltadas à recomposição de valores indevidamente empregados.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAC – Auditoria Anual de Contas
AEPG – Avaliação da Execução de Programas de Governo
APAC – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CEBAS – Certificação de Entidades de Beneficência Social
CGU – Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade
CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS
DDT – Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas
DENASUS – Departamento de Auditoria do Sistema Único de Saúde
DLOG – Departamento de Logística em Saúde
DS – Diretoria de Auditoria da Área Social da SFC
FNS – Fundo Nacional de Saúde
GM – Gabinete do Ministro/MS
IN – Instrução Normativa
INCA – Instituto Nacional do Câncer
MAC – Média e Alta Complexidade
MS – Ministério da Saúde
OPME – Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PERSUS – Plano de Expansão da Radioterapia no SUS
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNPCC – Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
PRONON – Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RHC – Registros Hospitalares de Câncer
SAA – Subsecretaria de Assuntos Administrativos
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde
SecexSaude – Secretaria de Controle Externo da Saúde
SFC – Secretaria Federal de Controle
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SNA – Sistema Nacional de Auditoria
SUS – Sistema Único de Saúde
TCE – Tomada de Contas Especial
TCU – Tribunal de Contas da União
UPC – Unidade Prestadora de Contas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
RESULTADOS DOS EXAMES	4
1. Avaliação da Conformidade das Peças	4
2. Avaliação dos resultados qualitativos e quantitativos relativos à Política Nacional para a Prevenção e Combate ao Câncer	5
3. Avaliação do cumprimento das determinações e/ou recomendações do TCU	15
4. Avaliação do cumprimento das recomendações da CGU	22
CONCLUSÃO	24
ANEXOS	25
I – RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 201701280	25
II – RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 201701503	54
III – RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 201701501	124
IV – RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 201801207	164
V – RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 201801208	204
VI – RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 201801209	220

INTRODUÇÃO

Este Relatório registra os resultados dos exames realizados na Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) e integra o rol de peças deste órgão de controle interno a ser apresentado ao Tribunal de Contas da União para a composição da Prestação de Contas da Secretaria, consoante o estabelecido no art. 3º da Decisão Normativa TCU nº 163/2017.

A Secretaria de Atenção à Saúde tem como uma de suas principais atribuições, formular e desenvolver políticas de atenção à saúde em parceria com estados e municípios, para garantir o acesso e a qualidade dos serviços de saúde e programas para a população. Além de estabelecer as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no país, observando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O escopo dessa Auditoria Anual de Contas do exercício 2017 foi pactuado por meio da Ata de Reunião firmada em 05/01/2018, entre a Diretoria de Auditoria da Área Social (DS/SFC/CGU) e a Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde/TCU). Concordaram as unidades técnicas do TCU e da CGU, quanto às seguintes avaliações a serem contempladas no Relatório de Auditoria da Secretaria:

1. Avaliação, considerando a natureza jurídica e o negócio da Unidade Prestadora de Contas, da conformidade das peças exigidas nos incisos I e II do art. 13 da IN TCU nº 63/2010 em relação às normas que regem a elaboração de tais peças;
2. Avaliação dos resultados qualitativos e quantitativos relativos à Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer;
3. Avaliação do cumprimento parcial ou total pela UPC das determinações e recomendações expedidas pelo TCU que façam referência expressa ao Controle Interno, analisando as eventuais justificativas do gestor para o descumprimento, bem como as providências adotadas em cada caso.

Adicionalmente, foram avaliados aspectos relacionados à implementação das recomendações emitidas pela CGU, considerando a relevância dessa questão para a avaliação da gestão da Unidade.

A seguir são apresentados os resultados para cada um dos itens que compõem o escopo dessa auditoria. No que diz respeito ao item 2 supracitado, a avaliação dos resultados qualitativos e quantitativos relativos à Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer teve como base os resultados de seis auditorias realizadas pela CGU entre 2017 e 2018 sobre o tema.

RESULTADOS DOS EXAMES

1. Avaliação da Conformidade das Peças

A presente análise tem por objetivo avaliar a conformidade das peças exigidas nos incisos I e II do art. 13 da IN TCU nº 63/2010, Rol de Responsáveis e Relatório de Gestão, com as normas e orientações que regem a elaboração de tais peças, as quais constituirão o processo de contas da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS.

Como resultado da análise, verificou-se que a Secretaria elaborou as peças a ela atribuídas pelas normas do TCU para o exercício de 2017, não tendo sido identificadas, de forma geral, inconsistências quanto à forma ou conteúdo.

Porém, cabe apenas destacar a inadequação da informação apresentada no item do Relatório de Gestão referente ao “Tratamento de recomendações do órgão de controle interno”, à orientação emitida pelo TCU. A Unidade restringiu-se a apresentar de forma exaustiva o rol de recomendações da CGU pendentes de atendimento, quando a orientação exigia apenas informação quanto à quantidade de recomendações recebidas no exercício de referência comparativamente à quantidade atendida pela Secretaria, podendo realizar destaque apenas para aquelas recomendações que tenham provocado maior impacto na gestão da Unidade. Além disso, não foi apresentada informação sobre as formas que a Secretaria dispõe para o efetivo acompanhamento destas recomendações.

2. Avaliação dos resultados qualitativos e quantitativos relativos à Política Nacional para a Prevenção e Combate ao Câncer

Em função da criticidade, da materialidade e da relevância da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer no SUS, a CGU se propôs a avaliar essa política com base na metodologia de Avaliação da Execução de Programas de Governo (AEPG). Nesse contexto, a CGU está realizando, entre 2017 e 2018, uma série de fiscalizações em hospitais habilitados para o tratamento oncológico no SUS e nas secretarias de saúde estaduais e municipais. Ao todo, serão mais de 100 relatórios de fiscalização voltados a avaliar aspectos como as estruturas físicas dos hospitais, as composições das forças de trabalho, os processos de ordenamento dos fluxos de pacientes dentro das redes (regulação do acesso), os processos de contratação e de remuneração de prestadores, dentre outros.

Além dessas fiscalizações, que incluem todos os estados da federação, o referido AEPG inclui auditorias voltadas a avaliar a atuação do Ministério da Saúde na coordenação e na execução da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer. Nesse contexto, já foram concluídas 6 auditorias sobre essa temática entre 2017 e 2018. A seguir são sintetizadas as principais conclusões dessas auditorias, com enfoque sobre a atuação dos gestores da SAS durante o exercício de 2017. As íntegras desses relatórios constam como anexo a esse Relatório de Auditoria Anual de Contas.

- **Relatório nº 201701280 – Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON)**

O Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) foi instituído pela Lei nº 12.715/2012, regulamentado pelo Decreto 7.988/2013, e consiste em um programa executado pelo Ministério da Saúde com a finalidade de captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer, de modo a incentivar ações e serviços desenvolvidos por pessoas jurídicas de direito privado, associativas ou fundacionais, sem fins lucrativos, de prevenção e combate ao câncer. Por meio do PRONON, o Ministério da Saúde aprova projetos apresentados pelas instituições privadas relacionados à assistência, à pesquisa ou à formação de profissionais na área de oncologia

Essa auditoria teve como objetivo responder à seguinte questão:

- Os projetos executados no âmbito do PRONON estão de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer?

Para tanto, foram trabalhadas as seguintes subquestões de auditoria:

- Em que medida os critérios estabelecidos para aprovação dos projetos do PRONON estão alinhados com as diretrizes da PNPCC?
- O acompanhamento e monitoramento da execução dos projetos aprovados para o PRONON são adequados e são realizados conforme definido na Portaria GM/MS nº 1.550/2014?
- Em que medida os resultados e impactos do PRONON contribuíram para o atingimento dos objetivos da PNPCC?
- Em que medida a transparência por parte do Ministério da Saúde na divulgação da implementação do PRONON possibilita o controle social efetivo?

Com base nessas questões, a auditoria nº 201701280 apresentou as seguintes conclusões principais:

- o Governo Federal não possui mecanismos eficientes para a indução das ações realizadas no âmbito do PRONON às principais demandas da Política Nacional de Controle e Combate ao Câncer;
- os projetos do PRONON tendem a se concentrar em regiões mais desenvolvidas, em detrimento de regiões onde a carência por serviços na área de oncologia é maior;
- os normativos que regem o PRONON não delimitam claramente os objetos que devem ser financiados por meio desse programa, propiciando a aprovação de projetos que atendem as necessidades das instituições proponentes, mas que não representam, necessariamente, as principais demandas da política de combate ao câncer;
- os exames realizados indicam falhas relacionadas às análises técnicas realizadas pelo Ministério da Saúde sobre os projetos apresentados. Os pareceres técnicos de aprovação dos projetos não contém informações importantes acerca dos aspectos avaliados pelas áreas técnicas; e
- as análises se deparam com questões subjetivas e que não há roteiros ou procedimentos-padrões instituídos para orientar as análises técnicas objetivamente.

O relatório nº 201701280 destaca, ainda, que as falhas identificadas expõem o Ministério da Saúde, como órgão central do PRONON, a riscos que podem comprometer o sucesso da política, tais como: aprovação de projetos com vícios ou que não contribuem para o alcance dos objetivos da Política Nacional de Controle e Combate ao Câncer e; descontinuidade das ações financiadas pelo PRONON, uma vez que são aprovadas algumas propostas relativas a atividades e não a projetos.

Destaca-se que diferentes unidades do Ministério da Saúde têm atribuições atinentes ao PRONON. Nesse contexto, compete à SAS/MS atuar como instância técnica dos projetos relativos à assistência, incluindo análises das propostas e a avaliações quanto ao atingimento dos objetivos dos projetos assistenciais.

Sobre esse aspecto, cabe ressaltar que o volume de recursos aprovados para projetos assistenciais do PRONON no período de 2013 a 2016 foi de cerca de R\$ 230 milhões. Entretanto, verificou-se que o Ministério da Saúde não havia analisado as prestações de contas dos projetos do PRONON e que não foram instituídas ferramentas para monitoramento e avaliação das ações executadas nos projetos. Por conta disso, uma das conclusões da auditoria é de que “Da forma como o programa está sendo conduzido, não é possível demonstrar que os recursos públicos destinados ao financiamento de projetos PRONON resultam em benefícios sociais à população compatíveis com seus custos”.

Após a conclusão da auditoria, o Ministério da Saúde elaborou minuta de portaria que reformula as regras do programa e a submeteu para consulta pública. Essa minuta atende parte das recomendações contidas no relatório nº 201701280, entretanto, até o fechamento dessa auditoria anual de contas, essa nova portaria não havia sido publicada. Para os projetos a serem executados a partir de 2018, que são financiados com recursos referentes ao ano fiscal de 2017, o Ministério da Saúde aprovou 43 projetos no âmbito do PRONON, totalizando R\$ 83 milhões.

- **Relatório nº 201701503 – Plano de Expansão da Radioterapia no SUS (PERSUS)**

O Plano de Expansão da radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma estratégia adotada pela União de expandir a oferta de tratamentos em radioterapia por meio de aquisição de aceleradores lineares e sua instalação em estabelecimentos de saúde que atendem pelo SUS. No plano, o Ministério da Saúde é responsável pela aquisição e instalação dos equipamentos, bem como pelas obras e pelos treinamentos necessários. Além das instalações das soluções de radioterapia, o plano prevê um acordo de compensação tecnológica destinada a internalizar a produção de equipamentos radioterápicos no Brasil.

Nesse contexto, a auditoria nº 201701503 foi executada com o objetivo de responder à seguinte questão:

- O Plano de Expansão da Radioterapia está cumprindo seu objetivo de ampliar a oferta de serviços de radioterapia no Brasil?

Em consonância com essa questão de auditoria, foram tratadas as seguintes subquestões:

- Os critérios utilizados para seleção dos Hospitais estão alinhados com as diretrizes da Política Nacional de Combate ao Câncer?
- As diretrizes do Plano de Expansão asseguram a continuidade e a adequação dos serviços de radioterapia no SUS após a instalação das soluções?
- O Plano de Expansão foi executado de acordo com o cronograma previsto?
- As ações do Plano de Expansão da Radioterapia resultam em aumento da oferta de tratamentos radioterápicos no SUS?

Verificou-se que ocorreram atrasos significativos na execução do PERSUS, uma vez que somente 4 das 80 soluções de radioterapia haviam sido entregues até o fechamento da auditoria nº 201701503 (agosto de 2017). De acordo com a SAS/MS, mais uma solução foi entregue no último quadrimestre de 2017, totalizando 5 ao final do exercício. Além dos atrasos, o relatório nº 201701503 contém análises sobre outros aspectos relacionados à execução do PERSUS, tais como os processos de contratação de empreiteiras, os fluxos de análise dos projetos de arquitetura das obras, dentre outros. Destaca-se que esses aspectos relacionados à execução do PERSUS são de competência principalmente da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS).

Nesse contexto, a atuação da SAS/MS no âmbito do PERSUS se dá principalmente no que se refere ao planejamento dessa estratégia, sobretudo quanto à seleção dos hospitais que receberão as soluções. Além disso, compete à SAS/MS adotar as providências para que as soluções instaladas resultem em aumento e/ou qualificação da oferta de tratamentos pelo SUS.

Sobre os critérios de seleção dos hospitais, verificou-se que a inexistência de critérios para substituição dos estabelecimentos que foram excluídos do PERSUS é um fator que prejudicou o cronograma do Plano e que gerou impactos negativos no alcance dos objetivos. Além disso, verificou-se que os critérios adotados contribuiriam para que mais da metade dos hospitais originalmente selecionados fossem de natureza privada. A implantação das soluções em hospitais privados tem implicações quanto à oferta dos tratamentos pelo SUS, o que exige a adoção de providências dos gestores do SUS voltadas a assegurar o adequado financiamento dos serviços, conforme tratado no relatório de auditoria.

Ainda sobre os impactos do PERSUS na assistência oncológica no SUS, o relatório nº 201701503 trata sobre as implicações decorrentes de um domínio de mercado no setor de radioterapia no médio e longo prazo pela empresa contratada para a implementação do PERSUS.

Das 24 recomendações contidas no relatório nº 201701503, 7 são referentes à atuação da SAS, com destaque para as recomendações voltadas a aprimorar as ferramentas utilizadas para o monitoramento dos atendimentos realizados com os equipamentos do PERSUS e as recomendações relacionadas à contratação e ao financiamento desses serviços.

- **Relatório nº 201701501 – Transferências voluntárias na área de oncologia**

O Ministério da Saúde celebra instrumentos com outros entes federativos ou com entidades de direito privado visando a estruturação de estabelecimentos de saúde na área de oncologia, tais como convênios, contratos de repasse e termos de execução descentralizada, além das transferências na modalidade fundo-a-fundo para esse fim. Nesse contexto, a auditoria nº 201701501 teve como objetivo avaliar aspectos relativos à celebração desses instrumentos, nos quais o Ministério da Saúde transfere recursos para outros atores, tendo como foco os convênios para a aquisição e instalação de aceleradores lineares, tendo como base a seguinte questão:

- Os convênios celebrados pelo Ministério da Saúde para a estruturação de estabelecimentos na atenção oncológica contribuem para o alcance dos objetivos da Política Nacional de Controle e Combate ao Câncer?

Como detalhamento dessa questão de auditoria, foram elaboradas as seguintes subquestões:

- A avaliação das propostas de convênios é realizada mediante a utilização de critérios adequados?
- O monitoramento, o acompanhamento e a fiscalização dos convênios relacionados à oncologia estão sendo realizados de modo efetivo por parte da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS e pelo FNS/MS?
- As obras e equipamentos adquiridos no âmbito dos convênios relacionados à oncologia estão em funcionamento?

Assim como ocorre nos relatórios nº 201701503 (PERSUS) e 201701280 (PRONON), essa auditoria aborda a atuação de diferentes unidades do Ministério da Saúde. No caso da auditoria nº 201701501, a principal unidade envolvida é a Secretaria Executiva, especificamente a Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde, que é a unidade responsável pela celebração de convênios no Ministério da Saúde. A SAS/MS exerce o papel de unidade técnica responsável pela análise das propostas de convênios quanto à necessidade e viabilidade técnica, além de outras competências.

As principais conclusões do relatório nº 201701501 são:

- Os preços praticados nos convênios analisados não são os mais vantajosos para a Administração Pública, havendo possibilidade de otimizar os ganhos de escala;
- Baixa discricionariedade do Ministério da Saúde na definição sobre a alocação dos recursos via convênio (essencialmente por emendas parlamentares), incorrendo no risco de alocação divergente aos critérios de necessidade da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer;
- Excessiva demora para a conclusão dos convênios com o devido alcance do objeto pactuado.

No que diz respeito às atribuições da SAS/MS, foram emitidas 7 recomendações voltadas a aprimorar o processo de monitoramento dos convênios celebrados e a otimizar os critérios para a celebração destes. Todas as recomendações permanecem pendentes de atendimento.

Após a conclusão da auditoria nº 201701501, não foram identificadas ações da SAS/MS no sentido de garantir a vinculação dos convênios às necessidades assistenciais. Por outro lado, o Ministério da Saúde tem anunciado desde o primeiro semestre de 2018, por meio de entrevistas e outras divulgações institucionais, que pretende retomar a celebração de convênios relacionados à radioterapia, que não estavam sendo celebrados desde o início do PERSUS.

A possibilidade de retomada na celebração de convênios relacionados à radioterapia reforça a necessidade de a SAS/MS implementar as providências indicadas no relatório nº 201701501, visando, principalmente, garantir a alocação mais eficiente dentro do território nacional, a economicidade nas aquisições de equipamentos e a continuidade dos serviços após a instalação dos aparelhos.

- **Relatório nº 201801207 – Critérios de Rateio dos Recursos Federais em Oncologia**

Estima-se que o montante transferido pelo Ministério da Saúde a Estados e Municípios relacionados ao custeio dos tratamentos contra o câncer supera R\$ 2,9 bilhões por ano. Nesse contexto, o objetivo da auditoria nº 201801207 foi de responder à seguinte questão:

- Os valores transferidos pelo Ministério da Saúde por meio do Teto MAC são compatíveis com o quantitativo de procedimentos oncológicos realizados?

Para responder à essa questão, foram analisadas as correlações existentes entre essas duas variáveis: aumentos na produção oncológica (tratamentos) no SUS e variações no montante repassado pelo Ministério da Saúde (via Teto MAC). Foram identificadas incompatibilidades entre essas variáveis em diversas localidades.

Em síntese, foram identificados quatro tipos de inconsistências: localidades que aumentaram a oferta de procedimentos e não receberam aumento das transferências federais; localidades que diminuíram a produção e não tiveram diminuição nos montantes federais repassados; localidades que tiveram aumentos das transferências federais em proporção muito superior ao aumento da produção oncológica e; localidades que tiveram variação das transferências federais em proporção muito inferior à variação da produção oncológica.

A partir disso, buscou-se avaliar quais são os critérios utilizados pelo Ministério da Saúde para definir onde serão alocados os recursos federais relacionados à oncologia. Foram detalhadas as transferências relacionadas à oncologia para cinco entes e verificou-se que em 2017 foram adotados critérios que não estão previstos em normativos ou em outro documento. Além disso, verificou-se que existem lacunas na utilização do único critério formalmente instituído, o que fragiliza a objetividade desse processo no âmbito do Ministério da Saúde. A conclusão é de que não foram instituídos critérios de rateio dos recursos federais relacionados à oncologia adequados e suficientes, o que potencializa o risco de alocação indevida dos recursos federais.

Nesse contexto, verificou-se que, além das transferências baseadas em justificativas não previstas, mais de R\$ 35 milhões foram transferidos pelo Ministério da Saúde em 2017 sem a devida justificativa.

- **Relatório nº 201801208 – Fluxo Interestadual de Pacientes Oncológicos**

Estima-se cerca de 15 mil pessoas por ano buscam tratamentos contra o câncer pelo SUS em estados diferentes de seus estados de residência. Esse fluxo de pacientes reforça a necessidade de articulação interfederativa nos diferentes níveis de gestão do SUS, sobretudo no que diz respeito à oferta de tratamentos oncológicos, que tende a se concentrar em regiões com alta densidade populacional.

Nesse sentido, a auditoria nº 201801208 teve como objetivo avaliar a atuação do Ministério da Saúde, como órgão central da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer, no ordenamento desse fluxo de pacientes oncológicos entre estados diferentes. Para tanto, buscou-se responder à seguinte questão de auditoria:

- O fluxo interestadual de pacientes oncológicos é viabilizado de forma eficaz pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade?

Os exames indicam que a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC) é uma ferramenta já instituída e em funcionamento que poderia ser utilizada para viabilizar a adequada regulação do acesso a pacientes oncológicos nessa situação.

Entretanto, a CNRAC possui atuação incipiente no que diz respeito aos tratamentos oncológicos, sobretudo quanto aos atendimentos ambulatoriais (especialmente

quimioterapia e radioterapia). A principal causa disso é a regra de que a CNRAC somente pode ser acionada quando não existir estabelecimentos habilitados no Estado para aquele tipo de procedimento ou quando este não for realizado nos últimos doze meses. Desse modo, a CNRAC não contempla os casos em que há oferta de procedimentos, mas em quantitativo inferior à demanda, tal como ocorre em relação a diversos procedimentos oncológicos.

Uma das conclusões da auditoria nº 201801208 é de que o Ministério da Saúde deve buscar ajustar as regras de funcionamento da CNRAC, de modo a contemplar a regulação de procedimentos oncológicos nos casos em que a oferta for insuficiente. Para tanto, uma das recomendações emitidas é para que a CNRAC possa ser acionada nos casos em que o tempo de espera para a realização do procedimento oncológico no estado de origem do paciente for superior a 60 dias, que é o prazo preconizado na lei nº 12.732/2012 para início do tratamento oncológico.

Além disso, para que a CNRAC atue na regulação interestadual de pacientes oncológicos é necessário ajustar a metodologia de financiamento federal dos procedimentos, uma vez que o encaminhamento de pacientes para outros estados exige a realocação dos recursos federais originalmente alocados.

- **Relatório nº 201801209 – Planejamento e Monitoramento das Ações de Competência do Ministério da Saúde no Âmbito da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer**

Esse relatório tem como objetivo avaliar a atuação do Ministério da Saúde, principalmente por meio da SAS/MS, como órgão central da Política Nacional de Prevenção de Combate ao Câncer no SUS. Nesse contexto, foram trabalhadas as seguintes questões de auditoria:

- Foram instituídos indicadores e metas para o monitoramento da Política Nacional de Controle e Combate ao Câncer?
- A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) atua na organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas de forma a compatibilizar a oferta e a demanda por procedimentos de oncologia e ampliar o acesso ao tratamento oncológico no país?
- A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotou as devidas providências nos casos em que a oferta de tratamentos oncológicos no SUS ficou aquém do esperado?

Quanto à instituição de metas e indicadores, verificou-se que a SAS/MS exerce diversas atividades com foco na operação dos hospitais habilitados em oncologia. Esse viés

implica na insuficiência de mecanismos voltados ao monitoramento da política em seus níveis estratégico e tático. Sobre esse aspecto, foi recomendado a instituição de um sistema de monitoramento das ações de competência do Ministério da Saúde no âmbito dessa Política, incluindo os objetivos, as metas e os indicadores relacionados às dimensões tática e estratégica.

Ainda no âmbito dessa auditoria, avaliou-se a atuação do Ministério da Saúde no sentido de mitigar os vazios assistenciais existentes em diversas regiões do país no que diz respeito à assistência oncológica. Verificou-se que, em que pese a necessidade de expansão da quantidade de hospitais habilitados, a SAS/MS não atua de forma coordenada e estruturada no processo de organização das redes. Com isso, verificou-se que foram habilitados hospitais em regiões que já possuíam, por exemplo, um estabelecimento habilitado para cada 200 mil habitantes, enquanto outras possuem média de um estabelecimento para mais de 800 mil habitantes.

Além disso, o relatório nº 201801209 contém análises acerca do impacto financeiro estimado para novas habilitações, conforme as métricas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Essa análise indica que é necessário buscar alternativas para aumentar a quantidade de hospitais habilitados em oncologia no Brasil, uma vez que as metodologias atualmente utilizadas não são aderentes à realidade financeira atual.

Além da necessidade de expandir a quantidade de hospitais habilitados, o relatório nº 201801209 explora a questão atinente à produtividade dos hospitais existentes no Brasil. Verificou-se que diversos hospitais não ofertam tratamentos no quantitativo esperado e que o Ministério da Saúde não tem adotado as medidas necessárias para promover o aumento da produtividade destes ou, em último caso, ajustar os valores das transferências federais nesses casos.

Com isso, percebe-se que a estrutura atualmente existente nos hospitais habilitados pelo SUS para a oferta de procedimentos de radioterapia é incompatível com a quantidade de pacientes atendidos. Nesse contexto, verificou-se que 116 mil pacientes receberam tratamento radioterápico pelo SUS em 2017. Entretanto, se todos os hospitais ofertassem o quantitativo mínimo de procedimentos, a quantidade de pacientes atendidos poderia chegar a mais de 170 mil, ou seja, a baixa produtividade em alguns hospitais habilitados implica na falta de acesso ao tratamento radioterápico a cerca de 54 mil pacientes por ano.

Considerando que o Ministério da Saúde financia os procedimentos de oncologia com base principalmente na capacidade de oferta de tratamentos (e não necessariamente na quantidade efetivamente realizada), estima-se que esse cenário resulta em R\$ 173,8 milhões de recursos federais transferidos indevidamente por ano.

Por tudo isso, as conclusões da auditoria nº 201801209 são de que o Ministério da Saúde, por intermédio da SAS/MS, deve rever a lógica de financiamento da assistência oncológica no SUS, de modo a garantir a sustentabilidade da Política no médio e longo

prazo e a mitigar as inconsistências relacionadas ao modelo de financiamento atualmente utilizado.

3. Avaliação do cumprimento das determinações e/ou recomendações do TCU

Para avaliar se a SAS/MS proveu atendimento, no exercício de 2017, às determinações e/ou às recomendações do TCU, realizou-se levantamento dos Acórdãos direcionados à Secretaria e que contenham determinação expressa para acompanhamento do Controle Interno verificou-se a inexistência de Acórdãos nessa situação.

Entretanto, considerando que o escopo pactuado para essa Auditoria Anual de Contas se refere à Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer e que essa política é objeto de avaliação por parte da CGU, seguem análises acerca da implementação de providências relacionadas ao Acórdão nº 2843/2011 – Plenário, que trata de auditoria operacional realizada pelo TCU sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica.

As análises a seguir são baseadas nos achados de auditoria dos 6 relatórios descritos no item referente aos Resultados Quantitativos e Qualitativos deste relatório de Auditoria Anual de Contas, além de conclusões decorrentes de fiscalizações realizadas sobre esse tema entre 2017 e 2018 e de outras ações realizadas pela CGU nesse período.

O referido Acórdão contém oito recomendações destinadas à SAS/MS. Seguem análises sobre cada uma dessas recomendações:

Item 9.1.1.: Desenvolva plano com objetivo de sanar as carências existentes na rede de atenção oncológica, que deverá contemplar: (i) a articulação junto aos gestores locais do SUS com vistas a considerar as reais necessidades em termos de estrutura da rede de assistência oncológica de cada unidade da Federação; (ii) a ampliação da oferta de serviços, seja por meio de investimentos próprios ou pela contratação de serviços suplementares, até a completa solução das carências existentes, especialmente, em relação à oferta de cirurgias oncológicas, serviços de radioterapia e dos principais exames para diagnóstico de câncer; (iii) a definição de prazos e metas progressivos, até a solução definitiva das carências existentes; (iv) a mensuração do impacto financeiro das medidas planejadas; e (v) rotina de acompanhamento constante e divulgação periódica da evolução do plano, que deverá levar em conta a situação real da oferta de serviços, contemplando eventuais interrupções nos atendimentos.

A principal estratégia de intervenção adotada pelo Ministério da Saúde após a emissão do referido Acórdão com o objetivo de “sanar as carências existentes na rede de atenção oncológica” foi o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS (PERSUS). Conforme tratado no relatório de auditoria nº 201701503, o PERSUS deverá contribuir de forma significativa para diminuir o déficit por tratamentos radioterápicos no SUS nos próximos anos, entretanto, não será suficiente para sanar, com completo, as carências atualmente existentes para esse tipo de tratamento no país. Algumas impropriedades tratadas no relatório nº 201701503, tais como os atrasos na implantação das soluções de radioterapia e a insuficiência dos instrumentos utilizados para garantir a

continuidade dos serviços após sua implementação, prejudicam o alcance do objetivo do PERSUS de sanar as carências na rede de atenção oncológica. Além disso, convém destacar que o PERSUS é focado na estruturação de estabelecimentos para o atendimento radioterápico, o que não afeta, diretamente, a oferta de outros procedimentos, tais como cirurgias, diagnósticos ou tratamentos sistêmicos contra o câncer (quimioterapia, imunoterapia, hormonioterapia e terapias alvo). A imunoterapia por exemplo, que é considerada por alguns como um dos principais avanços recentes no tratamento oncológico, ainda não é sequer uma técnica incorporada ao SUS.

Nesse contexto, não foram desenvolvidos outros planos voltados a sanar ou mitigar carências relacionadas à oferta de outros tipos de procedimentos oncológicos. Também não há planos voltados a aumentar a quantidade de estabelecimentos habilitados em oncologia no país. Essas ações ocorrem de forma isolada, principalmente sob demanda dos gestores locais do SUS. As conclusões contidas no relatório de auditoria nº 201801209 indicam que a habilitação de novos estabelecimentos em oncologia não é feita observando os critérios de maior necessidade, ou seja, o Ministério da Saúde promove habilitações em regiões que já possuem cobertura da assistência oncológica, enquanto que outras permanecem com cobertura aquém do preconizado.

Quanto aos investimentos em estrutura física, as ações de controle realizadas pela CGU indicam que parte significativa dos recursos federais dispendidos via transferências voluntárias (principalmente convênios) não resultam na ampliação do acesso conforme esperado. Foram identificados atrasos e cancelamentos de convênios voltados à instalação de aceleradores lineares.

Quanto à mensuração do impacto financeiro decorrente da ampliação da oferta de procedimentos oncológicos no SUS, o relatório nº 201801209 contém análises que indicam a inviabilidade financeira de expandir tal oferta se mantidas as metodologias atualmente utilizadas. A ampliação da oferta na dimensão preconizada pelo Ministério da Saúde resultaria em um impacto de R\$ 1,5 bilhão por ano somente de recursos federais destinados ao custeio das ações. Essa projeção se mostra inviável no atual cenário de contenção das despesas federais.

Item 9.1.2.: Elabore mecanismo para aferir a adequabilidade dos valores adotados como referência nos procedimentos custeados pelo SUS, tendo por base avaliação periódica dos seus custos efetivos, de sorte a identificar discrepâncias que possam atuar como inibidoras da oferta de serviços de saúde.

Os valores de referência dos procedimentos realizados pelo SUS estão contemplados na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME (Tabela SUS). Ações de controle realizadas pela CGU em relação aos contratos celebrados entre o SUS e os prestadores privados que atuam na área de oncologia indicam que os valores dos procedimentos geralmente não representam a totalidade do quanto o SUS desembolsa para custear os

serviços. Isso porque os contratos celebrados de acordo com as orientações emanadas pelo Ministério da Saúde contêm, basicamente, três componentes. São eles: (i) componente pré-fixado, que representa a parte dos pagamentos que independem do volume de atendimentos realizados ou de metas atingidas; (ii) componente pós-fixado relativo ao atingimento de metas qualitativas; e (iii) componente pós-fixado relativo às metas quantitativas. Na prática, os valores dos procedimentos contidos na Tabela SUS incidem somente sobre as metas quantitativas, sendo que esse componente não deve ser superior a 60% do total pós-fixado.

Apesar disso, os valores da Tabela SUS não devem ser negligenciados e devem refletir, da melhor forma possível, os custos incidentes na oferta dos procedimentos. A aferição desses custos não é tarefa trivial e existem diversos estudos, elaborados principalmente por agentes externos ao Ministério da Saúde, que visam propor novos referenciais de valores. Essa questão foi tratada no relatório nº 201701503, que estima um custo de aproximadamente 1,2 milhão por ano para a manutenção de um serviço de radioterapia com a acelerador linear. Por outro lado, conforme se verifica no relatório nº 201801207, o Ministério da Saúde transfere cerca de R\$ 1,7 milhão por ano para esse tipo de serviço.

Não se trata de uma conclusão sobre a adequabilidade dos valores contidos na Tabela SUS, mas indica que a revisão desses valores deve levar em consideração toda a lógica de financiamento do SUS, não somente a composição de custos isolados de cada serviço. Ainda sobre o valor dos procedimentos de radioterapia, percebe-se que a última alteração de valor dos principais procedimentos (radioterapia com aceleradores lineares) ocorreu em 2010. O valor do procedimento 03.04.01.029-4, por exemplo, saiu de R\$ 19,80 por campo irradiado para R\$ 35,00.

Convém destacar que, conforme metodologia descrita no relatório nº 201801207, cada R\$ 1,00 de alteração no valor desse procedimento representa o impacto de R\$ 43.000,00 por ano para cada acelerador linear financiado pelo Ministério da Saúde. Considerado que atualmente existem aproximadamente 200 aceleradores lineares nos hospitais habilitados, cada R\$ 1,00 de aumento no valor do procedimento pode representar o impacto de R\$ 8,6 milhões por ano no montante transferido pelo Ministério da Saúde para esse fim.

Nesse sentido, a CGU tem se posicionado acerca da necessidade de aprimorar as referências de valores utilizadas no financiamento da assistência oncológica, conforme indicado nos relatórios nº 201801207 e 201801209, inclusive no sentido de que o financiamento considere a quantidade de pacientes atendidos e não a quantidade de procedimentos realizados e faturados.

Item 9.1.3.: desenvolva estudos com o objetivo de revisar os parâmetros para o planejamento e avaliação da rede de alta complexidade em oncologia constantes do

Anexo III da Portaria SAS/MS 741/2005, em especial para os tratamentos de radioterapia, quimioterapia e para os procedimentos cirúrgicos, de modo a assegurar que o acompanhamento dos resultados seja realizado com base em parâmetros adequados.

O Ministério da Saúde alterou os parâmetros para o planejamento da assistência oncológica no SUS. Na época do Acórdão, os parâmetros estavam contidos na Portaria SAS/MS nº 741/2005. Atualmente, esses parâmetros constam na Portaria SAS/MS nº 140/2014. Em comparação a esses dois normativos, percebe-se que existem diferenças entre eles, ou seja, a SAS/MS revisou os parâmetros para o planejamento da assistência oncológica.

Entretanto, as conclusões contidas no relatório nº 201801209 indicam que esses parâmetros ainda carecem de aperfeiçoamento. Nesse contexto, uma das recomendações emitidas nesse relatório é para que a SAS/MS considere os seguintes aspectos ao definir parâmetros de produção: Oferta total de tratamentos na região (e não de cada estabelecimento de forma isolada); Quantidade de pacientes atendidos (e não de cada procedimento isolado); Estimativa de incidência de câncer na região; cobertura da saúde suplementar (ajustada pela proporção de beneficiários que realizam tratamento pelo SUS).

Item 9.1.4.: Estabeleça rotina para o levantamento periódico dos casos de produção de procedimentos oncológicos em quantidades incompatíveis com os parâmetros estabelecidos, por unidade da Federação e estabelecimento, que preveja o encaminhamento de informações sobre os casos que se constituírem em indícios de fraude aos órgãos componentes locais do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e ao DENASUS, devendo o levantamento iniciar-se a partir dos registros referentes ao ano de 2010.

Sobre esse aspecto, verifica-se que ainda existem produções com os parâmetros estabelecidos, conforme tratado no relatório nº 201801209. Diversos estabelecimentos apresentam produção abaixo do parâmetro ou sequer apresentaram produção no exercício analisado (2017). Quanto a isso, a SAS/MS tem discutido a hipótese de suspender os repasses federais nesse caso. Entretanto, não foram tomadas providências nesse sentido.

Por outro lado, percebe-se que diversos hospitais apresentam produção muito superior aos parâmetros o que, de certa forma, compensa parte da produção inferior apresentada por outros. Por isso é fundamental que eventual providência a ser adotada pela SAS/MS no sentido de ajustar os valores transferidos considere a produção total por região e não por estabelecimento. Esse entendimento está consignado em recomendação emitida pela CGU no referido relatório.

Cabe destacar que durante o ano de 2017 o DENASUS promoveu ações voltadas a capacitar servidores dos componentes estaduais e municipais do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) especificamente quanto à oncologia, o que se alinha à recomendação contida no Acórdão.

Item 9.1.5.: Adote medidas no sentido de assegurar a efetividade do sistema RHC que contemplem: (i) a revisão da abrangência, forma de coleta e de consolidação dos dados a serem computados, de forma a favorecer a ampla adesão e consolidação tempestiva dos registros; (ii) a obrigatoriedade de participação de todos os estabelecimentos habilitados; (iii) o acompanhamento e a divulgação periódica do grau de adesão dos estabelecimentos; (iv) a criação de incentivos aos estabelecimentos com bons resultados na atualização dos dados, bem como de sanções para os inadimplentes; (v) o cálculo e a divulgação de indicadores de desempenho acerca da tempestividade dos atendimentos e de sobrevida dos pacientes; e (vi) a definição de metas para esses indicadores.

As informações do RHC não foram objeto de auditorias realizadas pela CGU. Entretanto, no âmbito da avaliação acerca dos procedimentos adotados pelo Ministério da Saúde para monitorar os resultados da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer no SUS, foi solicitado ao Instituto Nacional do Câncer (INCA), que é o órgão responsável por gerenciar o RHC, algumas informações acerca desse sistema.

Em resposta, o INCA destacou que existe um *dellay* de dois anos para uso dos dados do RHC, ou seja, em 2018 são analisados os dados referentes a 2015. Apesar disso, destacou a importância dessa fonte de informações para “monitorar e avaliar a assistência prestada aos pacientes com câncer no SUS”. Além disso, as informações extraídas do RHC são utilizadas no cálculo da estimativa de novos casos feita bianualmente pelo INCA.

Apesar da importância desse sistema, o INCA informou que até abril de 2018, 72 hospitais habilitados não haviam enviado as bases de dados do RHC referentes a 2015. Isso representa mais de 20% dos hospitais habilitados para o atendimento oncológico no SUS. Ressalta-se que não foi avaliada a completude e a fidedignidade dos dados contidos nas bases que foram enviadas.

Convém destacar que a Portaria SAS/MS nº 140/2014 coloca como requisito para a habilitação dos estabelecimentos a plena utilização do RHC, inclusive com a previsão que o número de casos registrados nesse sistema seria utilizado pelo Ministério da Saúde como indicador para avaliar a atuação dos estabelecimentos habilitados.

Item 9.1.6.: Institua crítica na entrada de dados para o sistema SIA/SUS das APAC de quimioterapia e radioterapia, de forma a não permitir o registro de dados inconsistentes e incompatíveis entre si para os seguintes campos: data do diagnóstico; data de início

do tratamento anterior; data de início do tratamento; tratamento anterior; continuidade de tratamento; tipo de APAC; e número de APAC anterior.

A existência de dados inconsistentes no SIA/SUS foi apontada pela CGU nos relatórios nº 201701501 e 201701209. Paralelamente, a CGU está executando uma série de ações de controle nas secretarias estaduais e municipais de saúde que tangenciam essa questão de dados de produção inconsistentes.

São exemplos de dados inconsistentes de produção relacionada à oncologia: produção de radioterapia em estabelecimentos que não possuem o devido equipamento registrado no CNES; registro de procedimento incompatível com o equipamento existente, dentre outros. Cabe destacar que essas inconsistências não dizem respeito aos campos indicados no Acórdão e que a adequação dessas informações foi objeto de avaliação por parte da CGU na fase de planejamento das ações de controle, não sendo identificadas inconsistências atinentes a esses campos.

Item 9.1.7. Estabeleça sistemática para a promoção da formação e da capacitação de profissionais e equipes que atuam na assistência aos pacientes de câncer, desde a atenção primária até os níveis de alta complexidade, que inclua: (i) o mapeamento e o acompanhamento periódico das principais carências profissionais existentes; (ii) a articulação com o Ministério da Educação, com os estabelecimentos habilitados, assim como com os gestores locais, visando à adoção de medidas para a ampliação da oferta de treinamentos, especializações ou residências médicas nas áreas em que forem identificadas carências significativas; e (iii) a disseminação de informações sobre a prevenção e diagnóstico precoce de câncer para todos os profissionais de saúde que atuam na atenção primária.

A formação e a capacitação de profissionais para a atuação na área de oncologia não foram objeto de auditoria específica por parte da CGU. Entretanto, um dos itens verificados nas fiscalizações realizadas pela CGU em 44 hospitais habilitados em oncologia é a composição da força de trabalho. Os resultados estão em fase de consolidação, entretanto cabe destacar que foram identificados diversos casos de insuficiência na quantidade de profissionais em atuação nesses hospitais, incluindo médicos e outros profissionais de nível superior que compõem as chamadas equipes multidisciplinares.

Cabe ressaltar também que um dos campos de atuação do PRONON é a formação de profissionais na área de oncologia, o que pode ajudar a sanar as deficiências identificadas pelo TCU no momento do Acórdão. Entretanto, conforme tratado no relatório nº 201701280, o PRONON tem sido direcionado principalmente para projetos assistenciais e não é possível aferir os impactos decorrentes da execução de projetos na área de formação profissional.

Item 9.1.8. Estabeleça mecanismos para o desenvolvimento de estudos e discussões sobre as condutas terapêuticas mais adequadas para os pacientes oncológicos, que deverá prever a participação de especialistas com reconhecida capacidade nos temas objeto de discussão e que deverá possibilitar: (i) a divulgação de diretrizes terapêuticas para os casos de câncer mais prevalentes no Brasil, em consonância com o estabelecido no art. 19 da Portaria SAS/MS 741/2005; e (ii) a atualização periódica das diretrizes e dos procedimentos custeados pelo SUS, em conformidade com o parágrafo único do art. 19 da Portaria SAS/MS 741/2005, de forma a possibilitar a incorporação dos avanços observados na medicina validados pela comunidade científica.

Uma das principais competências do Ministério da Saúde na execução da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer é a definição de diretrizes, protocolos e a incorporação de tecnologias relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento do câncer. Essa competência é substanciada principalmente pela atuação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC).

Percebe-se que a atuação da CONITEC, que foi criada em 2011, ou seja, no mesmo ano do Acórdão nº 2843/2011 – Plenário, é alinhada à recomendação em análise. Isso porque além da incorporação de tecnologias, a CONITEC é responsável por definir protocolos referentes a diversos serviços prestados pelo SUS.

No que diz respeito à oncologia, a CONITEC não emite protocolos, que, por definição, possuem caráter mandatório, ou seja, os estabelecimentos de saúde que atendem pelo SUS devem seguir os protocolos da CONITEC. No caso da oncologia, a CONITEC emite as “Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas” (DDT), que contém indicações sobre como os procedimentos devem ser realizados. Contudo, dado esse caráter orientativo, não é possível aferir se as DDT são aplicadas integralmente no SUS. Atualmente existem 21 DDT sobre oncologia, sendo todas emitidas após a publicação do Acórdão nº 2843/2011 – Plenário.

4. Avaliação do cumprimento das recomendações da CGU

Ao longo dos anos, a CGU já emitiu mais de 7 mil recomendações para a SAS, conforme dados extraídos do Sistema Monitor. Dentre essas recomendações, a maior parte é referente às fiscalizações realizadas pela CGU, principalmente por meio dos sorteios públicos. Nesse contexto, verificou-se a inviabilidade de gerenciar essa quantidade de dados, o que prejudica o alcance do principal objetivo das recomendações emitidas pela CGU, que é o aprimoramento da gestão.

Nesse contexto, foram adotadas providências, por parte da CGU e da SAS/MS, no sentido de finalizar o monitoramento de recomendações que perderam o objeto, que não agregariam à gestão ou que tivessem custo de implementação superior ao benefício esperado. Com isso, a quantidade de recomendações em monitoramento no final de 2017 era de cerca de 800.

Desse total, a maior parte se refere a recomendações decorrentes de achados de fiscalização onde foram identificados casos que demandam a devolução de recursos ao Ministério da Saúde. Nesses casos, a recomendação é para que o Ministério da Saúde adote as medidas administrativas cabíveis e, caso essas não resultem em recomposição dos valores indevidamente empregados, que seja instaurada a devida tomada de conta especial (TCE), conforme Instrução Normativa TCU nº 71/2012.

Nesse contexto, a SAS/MS integrou a Força-Tarefa instituída pela Portaria GM/MS nº 124, de 18/01/2017, que tinha como objetivo “analisar e dar encaminhamento aos processos no âmbito do Ministério da Saúde (MS) relativos a devoluções de recursos transferidos na modalidade Fundo a Fundo, com vistas aos ressarcimentos que forem devidos”. Também em 2017, o TCU emitiu o Acórdão nº 1072/2017 – Plenário, no qual trata de situações decorrentes de transferências Fundo a Fundo pelo Ministério da Saúde que envolvem a devolução de recursos aos cofres públicos.

Nesse contexto, em decorrência da Força-Tarefa e do Acórdão nº 1072/2017, a SAS tem realizado uma série de tratativas com a CGU no sentido de estabelecer fluxos e procedimentos voltados a assegurar a efetividade das medidas administrativas a serem adotadas pela SAS/MS destinadas à restituição de valores transferidos e indevidamente empregados. De forma residual, as tratativas abordam como a SAS/MS deve atuar quando esgotadas as possibilidades de obtenção dos ressarcimentos pelas vias administrativas, o que culminará na instauração de TCE.

Nesse contexto, o entendimento da CGU é de que a definição dessas questões implicará em uma diminuição significativa no quantitativo de recomendações em monitoramento. Esse tratamento às recomendações para a devolução de recursos, além dos benefícios

financeiros para os cofres públicos, permitirá dar ênfase às recomendações estruturantes emitidas pela CGU.

Sobre esse aspecto, destaca-se que a CGU tem atuado de forma mais focada sobre 29 recomendações estruturantes que tratam sobre quatro temas abordados em auditorias recentes realizadas pela CGU, são eles: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 (20 recomendações estruturantes); Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ (4 recomendações); Certificação de Entidades de Beneficência Social – CEBAS (2 recomendações); e Descontos nos Tetos MAC de Estados e Municípios decorrentes de empréstimos consignados (4 recomendações).

Essas recomendações estruturantes supracitadas, em conjunto com as recomendações decorrentes das auditorias sobre oncologia tratadas nesse relatório, são as consideradas mais estratégicas pela CGU para a gestão da SAS/MS e permaneceram em monitoramento até que as providências sejam adotadas e/ou as falhas sejam sanadas.

CONCLUSÃO

Os exames realizados indicaram as seguintes conclusões detalhadas por item da Ata do escopo de auditoria.

a) Conformidade das peças:

Verificou-se que a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde elaborou todas as peças a ela atribuídas pelas normas do TCU para o exercício de 2017, não tendo sido identificadas inconsistências quanto ao Rol de responsáveis e/ou Relatório de Gestão.

b) Avaliação dos resultados qualitativos e quantitativos relativos à gestão da Política Nacional para a Prevenção e Combate ao Câncer:

Os seis relatórios de auditoria analisados visam avaliar aspectos críticos Política Nacional para a Prevenção e Combate ao Câncer, tais como a estruturação de estabelecimentos (PERSUS e Transferências Voluntárias), as alternativas para custeio federal das ações (PRONON e Transferências Fundo a Fundo), bem como a gestão estratégica da Política no nível nacional. As conclusões indicam que a SAS/MS precisa aprimorar sua atuação como órgão central dessa Política, sobretudo de modo a alinhar a alocação de recursos federais com o alcance de seus objetivos. As análises sobre a atuação da SAS/MS indicam que há situações onde os recursos federais não são distribuídos da forma mais eficiente, revelando a possibilidade de otimizar os resultados alcançados sem incorrer no aumento dos valores totais empregados na política.

c) Avaliação do cumprimento das determinações/recomendações do TCU:

Não foram identificados acórdãos proferidos com determinação expressa para o acompanhamento pela CGU do cumprimento das recomendações/determinações neles contidos, referentes aos exercícios de 2016 a 2017. Para fins de subsidiar a avaliação da gestão da Unidade, foram analisadas as providências eventualmente adotadas em decorrência do Acórdão nº 2843/2011 – Plenário.

d) Avaliação do Cumprimento das Recomendações da CGU:

Verificou-se que a SAS/MS tem adotado providências para dar tratamento às recomendações emitidas pela CGU, sobretudo no que diz respeito àquelas com indicação para a recomposição de valores. Entretanto, a Unidade tem se deparado com dificuldades de cunho operacional que exigem normatizações

ANEXOS

I – RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 201701280

Relatório de Avaliação dos Resultados da Gestão



Unidade Auditada: Secretaria Executiva - Ministério da Saúde

Exercício: 2016

Processo:

Município: Brasília - DF

Relatório nº: 201701280

UCI Executora: SFC/DS/CGSAU - Coordenação-Geral de Auditoria da Área de Saúde

Análise Gerencial

Senhor Coordenador-Geral,

Por meio deste relatório, apresentam-se as conclusões do trabalho de Avaliação dos Resultados da Gestão na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, especificamente sobre a execução do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), realizado de acordo com os preceitos contidos na Ordem de Serviço n.º 201701280 e em atendimento ao inciso II do Art. 74, da Constituição Federal de 1988, de acordo com o qual cabe ao Sistema de Controle Interno: “comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à eficácia e eficiência, da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e entidades da administração federal”.

1. Introdução

O Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) foi instituído pela Lei nº 12.715/2012, regulamentado pelo Decreto 7.988/2013, e consiste em um programa implantado pelo Ministério da Saúde com a finalidade de captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer, de modo a incentivar ações e serviços desenvolvidos por pessoas jurídicas de direito privado, associativas ou fundacionais, sem fins lucrativos, de prevenção e combate ao câncer.

Para tanto, as instituições interessadas e que preencherem os requisitos do Programa podem submeter projetos para avaliação do Ministério da Saúde. Após aprovação desses projetos, as instituições são autorizadas a captarem recursos com pessoas físicas e jurídicas, as quais se beneficiam com deduções fiscais no Imposto de Renda.

A Portaria GM/MS nº 875, de 16/05/2013, estabeleceu as regras e os critérios para apresentação e aprovação de projetos no âmbito do Programa, a qual conduziu o ciclo de 2013. Posteriormente, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1550, de 29/07/2014, a qual estabeleceu as regras e os critérios para os demais ciclos (2014 a 2016).

As ações e os serviços de atenção oncológica a serem apoiados com os recursos captados por meio do PRONON compreendem três campos de atuação:

I - a prestação de serviços médico-assistenciais, com projetos acompanhados tecnicamente pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS);

II - a formação, o treinamento e o aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis, com projetos acompanhados tecnicamente pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS); e

III - a realização de pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais, com projetos acompanhados tecnicamente pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS).

Os projetos que preveem a realização de reformas de infraestrutura física são acompanhados tecnicamente pelo Fundo Nacional de Saúde da Secretaria Executiva (FNS/MS).

As instituições apresentam os projetos classificados em um dos campos de atuação e as áreas técnicas do Ministério da Saúde (SAS, SGTES e SCTIE) analisam e emitem parecer recomendando ou não a aprovação dos respectivos projetos. Após a emissão da opinião técnica, o Comitê Gestor, o qual é composto por representantes das três Secretarias correspondentes às áreas técnicas envolvidas, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS), do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO/SAS/MS), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), delibera sobre a aprovação dos projetos apresentados.

O Comitê Gestor do PRONON se reúne em plenária ordinariamente uma vez por trimestre e, extraordinariamente, mediante convocação da SE/MS e para deliberar sobre a aprovação dos projetos após a emissão dos pareceres técnicos conclusivos.

Para fins de autorização de captação dos recursos junto aos doadores dos projetos, todo ano é publicada uma Portaria Interministerial, expedida em conjunto pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde, estabelecendo o montante disponível para dedução fiscal no âmbito do PRONON para aquele exercício.

O art. 6º da Portaria GM/MS nº 1550/2014 relaciona as áreas prioritárias para execução das ações e serviços do Programa, de modo que os projetos apresentados precisam contemplar uma das áreas definidas. Em complementação, em relação ao ciclo de 2015, no qual o valor dos projetos com sugestão de aprovação pelas áreas técnicas superou o

valor disponibilizado para o PRONON, ficou estabelecido como critério de priorização de projetos a necessidade de atender as regiões onde houvesse vazio assistencial (Norte, Nordeste e Centro-Oeste), conforme Ata da II Reunião Extraordinária do Comitê Gestor, de 25/11/2015.

No entanto, a Secretaria Executiva informou que o Comitê Gestor do PRONON aprovou, em 23/06/2017, na 2ª Reunião Ordinária de 2017, “minuta de portaria a ser submetida ao Senhor Ministro de Estado da Saúde, que prevê a publicação de editais de apresentação de projetos no programa, os quais trarão previamente a indicação dos critérios de priorização de projetos, na eventualidade de haver indisponibilidade orçamentária para aprovação da integralidade dos projetos com recomendação de aprovação pelos pareceres das áreas técnicas do Ministério da Saúde”.

O prazo para execução dos projetos poderá ser de até 24 meses para os campos de atuação de assistência e formação ou de até 36 meses para os projetos do campo de atuação de pesquisa. As instituições prestam contas das ações executadas ao final do projeto e/ou anualmente, nos casos em que o projeto seja executado em um período superior a um ano.

Cabe ao órgão do Ministério da Saúde (SAS, SGTES ou SCTIE), que emitiu o parecer técnico conclusivo favorável à aprovação do projeto, realizar a análise das atividades executadas, com emissão de parecer conclusivo do relatório de execução do projeto (prestação de contas) em até 90 dias, contados da data de recebimento. Entretanto, a análise dos aspectos contábeis e financeiros das prestações de contas dos projetos fica a cargo do Fundo Nacional de Saúde.

A Portaria GM/MS nº 1550/2014 prevê, no § 2º do art. 84, que o monitoramento dos projetos ocorra por meio de fiscalização, auditorias, vistorias "in loco" e demais diligências de acompanhamento, que serão realizadas diretamente pelo Ministério da Saúde, por suas entidades vinculadas, ou mediante parceria com outros órgãos federais, estaduais e municipais.

Conforme informações repassadas pelo Ministério da Saúde, foram aprovados 169 projetos nos quatro ciclos já iniciados pelo Programa, totalizando a disponibilização de R\$ 430.552.537,71 para implementação dos planos de trabalho pactuados, conforme quadro a seguir:

Quadro 1: Valores aprovados nos ciclos do PRONON após captação dos recursos

Ciclo	Portaria Interministerial MF/MS	Valor disponível para dedução fiscal	Nº projetos aprovados	Valor dos projetos aprovados	% aprovado em relação ao recurso disponível
2013	nº 1.943, de 05/09/2013	305.870.000,00	23	78.638.069,14	26%
2014	nº 1.137, de 23/05/2014	674.430.273,00	60	211.101.004,75	31%
2015	nº 2.013, de 07/12/2015	90.000.000,00	57	106.895.173,76	119%
2016	nº 2.485, de 16/11/2016	77.447.735,00	29	33.918.290,06	44%

Total de todos os ciclos	1.147.748.008,00	169	430.552.537,71	38%
---------------------------------	-------------------------	------------	-----------------------	------------

Fonte: Nota Técnica nº 02/2017/CPCN/CGPC/DESID/SE/MS, de 22/02/2017.

De acordo com o Ministério da Saúde, os valores indicados nas Portarias Interministeriais correspondem a parâmetros e não a tetos, o que justificaria a aprovação de montante superior ao valor disponível para dedução fiscal no ciclo 2015.

Adicionalmente, a quantidade de projetos aprovados por Secretaria, conforme o respectivo campo de atuação, é apresentado no Quadro 2:

Quadro 2: Quantidade de projetos do PRONON por Campo de Atuação (todos os ciclos)

Campo de atuação	Qtde projetos aprovados	% de projetos em relação ao total	Volume de recursos aprovados	% dos recursos aprovados
Formação (SGTES)	37	22%	75.438.210,73	18%
Pesquisa (SCTIE)	34	20%	125.726.342,34	29%
Assistência (SAS)	98	58%	229.387.984,64	53%
Total	169	100%	430.552.537,71	100%

Fonte: Nota Técnica nº 02/2017/CPCN/CGPC/DESID/SE/MS, de 22/02/2017.

Diante das informações levantadas, foram elaboradas as seguintes questões e subquestões de auditoria com o objetivo de avaliar a execução do PRONON e o impacto dele na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC):

1. Os projetos executados no âmbito do PRONON estão de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer?

1.1 - Em que medida os critérios estabelecidos para aprovação dos projetos do PRONON estão alinhados com as diretrizes da PNPCC?

1.2 - O acompanhamento e monitoramento da execução dos projetos aprovados para o PRONON são adequados e são realizados conforme definido na Portaria GM/MS nº 1.550/2014?

1.3 - Em que medida os resultados e impactos do PRONON contribuíram para o atingimento dos objetivos da PNPCC?

1.4 - Em que medida a transparência por parte do Ministério da Saúde na divulgação da implementação do PRONON possibilita o controle social efetivo?

Durante a execução dos trabalhos, o Ministério da Saúde se manifestou em relação às questões apontadas e as considerações foram incorporadas ao longo do relatório.

Esse relatório está dividido em duas partes, sendo essa primeira composta por análises gerenciais acerca dos principais aspectos avaliados nessa auditoria. Nessa parte do relatório são abordados pontos relacionados ao processo de análise e aprovação dos projetos do PRONON e ao monitoramento e avaliação do programa. A segunda parte,

em anexo, consiste no detalhamento das falhas encontradas que sustentam as conclusões constantes na primeira parte.

2. Resultados dos trabalhos

2.1 Análise e Aprovação de Projetos do PRONON

As políticas públicas executadas por meio de gastos tributários, como é o caso do PRONON, representam um modelo que difere substancialmente dos modelos tradicionais de políticas executadas por meio de desembolsos de recursos por parte do governo. A característica mais marcante desse tipo de política pública é o financiamento de ações voltadas ao atingimento de objetivos definidos pelo poder público por meio da diminuição dos tributos recolhidos de agentes privados.

No caso do PRONON, o financiamento das ações se dá por meio da dedução no imposto de renda de pessoas físicas ou jurídicas dos valores destinados a projetos desenvolvidos por entidades filantrópicas e previamente aprovados pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, um dos principais desafios para o alcance dos objetivos do PRONON é promover o alinhamento entre os projetos e as necessidades de saúde da população. Sobre esse aspecto, percebe-se que o Governo Federal não possui mecanismos eficientes para a indução das ações realizadas no âmbito do PRONON às principais demandas da Política Nacional de Controle e Combate ao Câncer.

Em decorrência disso, os projetos do PRONON tendem a se concentrar em regiões mais desenvolvidas, em detrimento de regiões onde a carência por serviços na área de oncologia é maior. Visando evitar essa concentração territorial e promover ações em regiões mais necessitadas, o Ministério da Saúde estabeleceu critérios para priorizar a aprovação de projetos a serem executados nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste. Essa estratégia, contudo, não garantiu a desconcentração dos projetos do PRONON. Um dos motivos para isso é a baixa quantidade de projetos apresentados por instituições nessas regiões e a inexistência de ações voltadas a capacitá-las para a apresentar e executar ações do PRONON.

Além disso, os normativos que regem o PRONON não delimitam claramente os objetos que devem ser financiados por meio desse programa, propiciando a aprovação de projetos que atendem as necessidades das instituições proponentes, mas que não representam, necessariamente, as principais demandas da política de combate ao câncer. Nesse modelo de execução do PRONON, o Ministério da Saúde atua de forma demasiadamente passiva, recebendo as propostas das instituições e concentrando esforços na análise e aprovação dos projetos recebidos.

Quanto a esse aspecto, os exames realizados indicam falhas relacionadas às análises técnicas realizadas pelo Ministério da Saúde sobre os projetos apresentados. Os pareceres técnicos de aprovação dos projetos não contém informações importantes acerca dos aspectos avaliados pelas áreas técnicas. Além do mais, verificou-se que as análises se deparam com questões subjetivas e que não há roteiros ou procedimentos-padrões instituídos para orientar as análises técnicas objetivamente. Foram identificadas situações de aprovação de projetos em desacordo com diretrizes do

programa e lacunas normativas que, dentre outras limitações, inviabilizam a aprovação de determinados tipos de projetos, como é o caso do custeio de casas de apoio.

As fragilidades identificadas na etapa de análise e aprovação dos projetos podem prejudicar os resultados alcançados pelo PRONON, uma vez que expõe o Ministério da Saúde a diferentes riscos, tais como o de aprovação de projetos com vícios ou que não contribuem para o alcance dos objetivos da Política Nacional de Controle e Combate ao Câncer.

Outro risco identificado é o de descontinuidade das ações financiadas pelo PRONON. Isso decorre da aprovação de projetos com ações continuadas ou permanentes. Esse tipo de atividade não se configura como projetos, uma vez que não possuem início e fim definidos. Considerando que os projetos do PRONON no campo assistencial devem ser executados no prazo máximo de 24 meses, os atendimentos prestados à população serão interrompidos ao fim do projeto, ou a instituição deverá buscar outras fontes de financiamento para manter a prestação do serviço. Além disso, o próprio PRONON é um programa temporário, o que o torna uma ferramenta inadequada para o financiamento de ações continuadas.

2.2. Monitoramento e Avaliação do Programa

A existência e a continuidade de uma política pública somente se justificam, em termos técnicos, se os benefícios sociais obtidos superarem seus custos. Nesse sentido, é fundamental o monitoramento dos projetos aprovados visando acompanhar sua execução, adotando medidas tempestivas voltadas a corrigir eventuais falhas. De igual modo, cabe ao Ministério da Saúde avaliar os resultados obtidos por meio do PRONON, com o objetivo de retroalimentar o ciclo de execução do programa.

Sobre esse aspecto, verificou-se que o Ministério da Saúde não cumpre adequadamente o dever de apreciar as prestações de contas dos projetos do PRONON. Em decorrência disso, o programa inicia novos ciclos sem que haja avaliações quanto à adequação dos projetos encerrados.

Em que pese a inexistência de análises das prestações de contas, buscou-se identificar se os projetos do PRONON da área assistencial estão refletidos em atendimentos à população. Verificou-se que 90% dos estabelecimentos não informam a realização de atendimentos ao SUS financiados pelo PRONON. Apesar disso, não foram identificadas ações por parte do Ministério da Saúde destinadas a sanar essas falhas durante a execução dos projetos. Isso revela que a prestação de contas dos serviços médico-assistenciais é frágil e que não há evidências de que esses projetos contribuem para a expansão da assistência oncológica no SUS.

Além disso, verificou-se que o Ministério da Saúde não utiliza indicadores voltados a avaliar a execução do programa. Não há, portanto, informações quanto aos resultados alcançados pelos projetos de forma individualizada, tampouco do PRONON de forma geral. Dessa forma, não é possível afirmar que os recursos federais aplicados no PRONON contribuem para a redução dos vazios assistenciais, para a ampliação do acesso da população ao tratamento do câncer ou para o aprimoramento da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

2.3. Recomendações

Em decorrência dos exames realizados, foram identificadas oportunidades de melhorias por parte do Ministério da Saúde na execução do PRONON. As recomendações a seguir são destinadas principalmente ao Comitê Gestor do PRONON, mas exigem esforços coordenados entre as áreas técnicas envolvidas e a Secretaria Executiva.

- Recomendações relacionadas à etapa de análise e aprovação de projetos do PRONON:
 - Instituir mecanismos para o direcionamento dos projetos do PRONON conforme as necessidades estabelecidas pelo Ministério da Saúde, por meio da definição de objetos a serem financiados por meio do programa.
 - Adotar critérios de regionalização na definição dos objetos a serem financiados por meio do PRONON.
 - Definir objetos claros e detalhados a serem financiados por meio do PRONON, baseados nas necessidades mapeadas pelas áreas técnicas e nas informações dos relatórios de avaliação e acompanhamento do PRONON.
 - Estabelecer, para cada objeto a ser financiado por meio do PRONON, os critérios específicos para qualificação das instituições.
 - Estabelecer critérios objetivos para a classificação dos projetos do PRONON apresentados em observância aos objetos definidos pelo Ministério da Saúde, tais como relação custo-benefício ou menor preço global.
 - Exigir, como requisito para a aprovação de projetos do PRONON que necessitam ter continuidade após sua conclusão, informações acerca da capacidade da instituição de manter as ações e serviços decorrentes do objeto, indicando as fontes dos recursos e outras informações necessárias para viabilizar tais atividades.
 - Incluir, nos pareceres elaborados pelas áreas técnicas para aprovação dos projetos do PRONON, análise quanto à viabilidade da continuidade das ações e dos serviços após a conclusão do objeto.
 - Incluir, na Portaria que regulamenta o PRONON, parâmetros objetivos para a aprovação de projetos relativos a ações e serviços a serem realizados pelas casas de apoio, definindo despesas elegíveis para esse tipo de atividade.
 - Exigir, como peça adicional ao parecer apresentado pelas áreas técnicas, um *check-list* de verificação dos itens obrigatórios nos projetos do PRONON.
 - Promover capacitação interna para todas as áreas técnicas do Ministério da Saúde envolvidas em análises do PRONON, contemplando os aspectos-chave relacionados à análise de projetos.
- Recomendações relacionadas à etapa de monitoramento e avaliação do programa:

- Analisar as prestações de contas que estão com o prazo vencido e somente aprovar novos projetos para o ciclo de 2018 após a conclusão desta análise e da avaliação dos resultados dos projetos/objetos já concluídos.
- Instituir indicadores para monitoramento e avaliação dos resultados alcançados pelo PRONON, com o estabelecimento de periodicidade para aferição e análise desses resultados.
- Definir a obrigatoriedade de se elaborar, com periodicidade anual, relatório de avaliação e acompanhamento dos projetos do PRONON.
- Definir um atributo na sistemática de avaliação do PRONON de modo a possibilitar objetivamente a vinculação da produção apresentada ao projeto executado.
- Incluir, como requisito para a aprovação das prestações de contas dos projetos do PRONON relativos à prestação de serviço médico-assistencial que contemplem ações passíveis de regulação, a comprovação de que tais ações foram formalmente incluídas na regulação do gestor que deu a anuência ao projeto.
- Recomendações gerais:
 - Elaborar plano de ação no sentido de promover a divulgação do programa e de orientar instituições com potencial para a execução de projetos prioritários para o PRONON.
 - Providenciar a publicação periódica de informações sobre a aprovação, execução, monitoramento e avaliação dos projetos no sítio do PRONON, tais como: objetivos e objetos dos projetos aprovados; motivações para as aprovações e reprovações dos projetos; nível de execução dos projetos; relatórios de acompanhamento dos projetos; resultado das análises das prestações de contas, conforme determina o art. 95 da Portaria GM/MS nº 1550/2014; resultados alcançados pelos projetos individualmente; resultados alcançados pelo PRONON como um todo; e atas das reuniões do Comitê Gestor.

3. Conclusão

O PRONON consiste em uma política pública com potencial para aprimorar a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer - PNPCC. O modelo de financiamento por meio de renúncia tributária, além de dar mais agilidade à alocação dos recursos, permite a diminuição dos custos administrativos na execução da política. Além disso, esse modelo fomenta a parceria entre agentes privados em função da execução de políticas públicas, o que pode aprimorar aspectos relacionados à *accountability* e ao controle social ao incluir o doador como agente diretamente interessado na adequada execução do projeto.

Contudo, trata-se de um modelo pouco usual na execução de políticas na área social se comparado ao modelo de execução direta, o que exige aperfeiçoamento contínuo da atuação do gestor público visando assegurar a efetividade das ações executadas e mitigar os riscos de desvios ou malversação dos recursos.

Nesse contexto, o objetivo dessa auditoria é avaliar como a execução do PRONON se relaciona com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. Seguem as conclusões para cada uma das questões de auditoria elaboradas.

- Em que medida os critérios estabelecidos para aprovação dos projetos do PRONON estão alinhados com as diretrizes da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer?

Verificou-se que os projetos executados no âmbito do PRONON não estão alinhados às necessidades da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. O PRONON não tem sido efetivo em desenvolver ações onde há vazios assistenciais, tampouco há evidências de que os projetos aprovados são voltados a atuar sobre as principais necessidades de saúde no âmbito da assistência oncológica no SUS. Percebe-se que a definição de quais ações serão financiadas partem das próprias instituições executoras e não do Ministério da Saúde, que é o agente responsável pela assistência oncológica no nível federal.

- O acompanhamento e monitoramento da execução dos projetos aprovados para o PRONON são adequados e são realizados conforme definido na Portaria GM/MS nº 1.550/2014?

Verificou-se que praticamente não há iniciativas, por parte do Ministério da Saúde, para acompanhar, monitorar, controlar e avaliar as ações realizadas no âmbito do PRONON. As prestações de contas dos projetos não foram apreciadas, não há indicadores voltados à avaliação do programa e não foram elaborados os relatórios de avaliação e acompanhamento previstos na Portaria GM/MS nº 1.550/2014. Este conjunto de fragilidades representa um grande risco de fraude e desvio de recursos, bem como de não ocorrerem melhorias no atendimento à população.

- Em que medida os resultados e impactos do PRONON contribuíram para o atingimento dos objetivos da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer?

Não foi possível avaliar o impacto do PRONON em função da ausência de informações acerca dos resultados do Programa. Verificou-se que 90% dos estabelecimentos não informaram a produção de procedimentos no sistema oficial do SUS e que há projetos concluídos nos quais os estabelecimentos não apresentaram prestação de contas final. Diante disso, conclui-se que não há evidências de que o PRONON tem sido efetivo em aumentar ou qualificar os serviços relacionados à assistência oncológica no SUS. Tampouco é possível atestar se esse programa se justifica em termos de custo-benefício, considerando outras possibilidades de aplicação de recursos públicos federais em busca do aprimoramento da assistência oncológica no SUS. Até o momento foram disponibilizados R\$430,55 milhões a instituições de saúde privadas por meio do PRONON, mas o Ministério não tem informações que lhe permitam concluir quais foram

os resultados do Programa e os impactos para a saúde da população decorrentes da aplicação destes recursos.

- Em que medida a transparência por parte do Ministério da Saúde na divulgação da implementação do PRONON possibilita o controle social efetivo?

Sobre esse aspecto, percebe-se que há necessidade de aprimoramento na divulgação de informações acerca da execução do Programa. Por se tratar de uma política de renúncia tributária, as informações sobre o PRONON não constam nos sistemas estruturantes do Governo Federal, tais como o SIAFI, o SIASG e o Portal da Transparência. Por esse motivo, o Ministério da Saúde deve adotar mecanismos para a divulgação sistemática e atualizada das informações do PRONON, promovendo a transparência ativa e, conseqüentemente, viabilizando o controle social.

Em síntese, o PRONON consiste em uma política pública com potencial para promover a alocação de recursos financeiros em ações e serviços relacionados à Política Nacional de Controle e Combate ao Câncer, contribuindo para a ampliação do acesso e da qualidade da atenção oncológica no SUS. Entretanto, as falhas identificadas nessa auditoria comprometem o alcance de tais objetivos. Da forma como o programa está sendo conduzido, não é possível demonstrar que os recursos públicos destinados ao financiamento de projetos PRONON resultam em benefícios sociais à população compatíveis com seus custos.

Como condicionante para a continuidade dos próximos ciclos do PRONON, é fundamental que o Ministério da Saúde estabeleça, com urgência, mecanismos de controle para mitigar os riscos de que o PRONON não alcance seus objetivos, definindo, entre outros, critérios objetivos para a seleção dos projetos, modelo de monitoramento e avaliação dos resultados e estrutura para análise da prestação de contas dos projetos.

Neste sentido, conforme discutido na Reunião de Busca Conjunta de Soluções, realizada com integrantes do Ministério da Saúde – MS, e descrito na Ata da 2ª Reunião Ordinária do Comitê Gestor do PRONON no exercício de 2017, disponível no site do MS, está em elaboração uma nova Portaria que irá regulamentar o PRONON, substituindo a Portaria nº 1550/14. Ela contempla, entre outras alterações, a previsão de publicação anual de editais que definirão os critérios de seleção dos projetos e indicarão as áreas prioritárias, os quantitativos, a forma de apresentação e o valor máximo dos projetos. A minuta de Portaria prevê, também, alterações na dinâmica de prestação de contas e a declaração de anuência do gestor local do SUS, o qual deverá dar continuidade ao projeto.

Considerando a iniciativa do MS de revisão da Portaria nº 1550/2014, cuja nova proposta possibilita, entre outros aspectos, a seleção de projetos diretamente vinculados às necessidades da PNPCC, é necessário que a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde adote providências para promover tais alterações na forma de execução do PRONON, com o intuito de dar atendimento às recomendações aqui propostas e de sanar as falhas identificadas pela CGU.

Brasília/DF, 18 de outubro de 2017.

Relatório supervisionado e aprovado por:

Coordenador-Geral de Auditoria da Área de Saúde

Ordem de Serviço nº 201701280

1 CONTROLES DA GESTÃO

1.1 CONTROLES INTERNOS

1.1.1 Avaliação dos Controles Internos Administrativos

1.1.1.1 CONSTATAÇÃO

Falhas nos pareceres técnicos recomendativos de aprovação dos projetos do PRONON

Fato

A Portaria GM/MS nº 1550/2014 define os campos de atuação, as áreas prioritárias e os critérios para apresentação dos projetos no âmbito do PRONON, além da exigência de consonância com as Redes de Atenção à Saúde, com as prioridades do Ministério da Saúde e com o limite financeiro destinado ao Programa.

O Anexo IX da Portaria GM/MS nº 1550/2014 apresenta o “Modelo de Parecer Técnico Conclusivo” a ser observado pelas áreas técnicas, em consonância com o art. 49 da referida Portaria, o qual estabelece os itens que devem estar explícitos no parecer técnico conclusivo, o qual subsidia o Comitê Gestor na decisão quanto à aprovação ou não do projeto.

Nesse sentido, foram analisados os pareceres técnicos de aprovação dos 10 projetos de cada campo de atuação com maior materialidade, abrangendo os ciclos de 2014, 2015 e 2016, totalizando a análise de 30 pareceres (21% do total de projetos aprovados e 64% do montante total aprovado no período). Para tanto, foi avaliado se os pareceres continham todos os itens obrigatórios descritos no art. 49 da Portaria GM/MS nº 1550/2014 (Quadro 3).

Quadro 3: Proporção de pareceres técnicos referentes ao PRONON em conformidade com o art. 49 da Portaria nº 1550/2014

Item obrigatório a constar do parecer técnico conclusivo	Percentual de pareceres em conformidade com o item do art. 49
I - descrição sobre a relevância do projeto, a sua adequação às ações prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde e o seu potencial de contribuição para melhoria da execução, gestão e qualificação das ações e serviços de atenção à pessoa com câncer ou de reabilitação;	56,67%
II - análise sobre o preenchimento completo e correto do requerimento de apresentação de projeto, conforme o modelo constante do Anexo III;	20,00%
III - análise quanto ao enquadramento do projeto à Lei nº 12.715, de 2012, e às demais normas aplicáveis ao PRONON e ao PRONAS/PCD;	60,00%
IV - análise da adequação do projeto e da instituição aos mecanismos do PRONON e do PRONAS/PCD;	56,67%
V - análise das planilhas orçamentárias e dos documentos técnicos exigidos da instituição;	46,67%
VI - avaliação da capacidade técnico-operacional para execução do projeto apresentado;	30,00%
VII - análise da adequação entre o objeto a ser executado e os produtos resultantes;	70,00%
VIII - análise da adequação das estratégias de ação aos objetivos, assinalando-se claramente no parecer se as etapas previstas são necessárias ou suficientes a sua realização e se são compatíveis com os prazos e custos previstos;	36,67%
IX - verificação do enquadramento do projeto nos campos de atuação estabelecidos nos arts. 5º e 9º; e	93,33%
X - verificação da compatibilidade dos custos previstos com os preços praticados no mercado nacional e internacional, quando for o caso.	40,00%
Pontuação Anexo IX da Portaria 1550/2014	0,00%

Fonte: Nota Técnica nº 06/2017/CPCN/CGPC/DESID/SE/MS, de 14/06/2017.

Considerando a amostra analisada, é possível observar que nenhum item obrigatório exigido pela Portaria GM/MS n° 1550/2014 foi atendido em 100% dos pareceres. Além disso, com exceção do item IX, todos os outros itens foram contemplados em menos de 70% dos casos.

Ressalta-se que o item referente à pontuação apresentada pelo Anexo IX da Portaria, item que demonstra o maior grau de objetividade para priorização dos projetos aprovados, não foi observado em nenhum dos pareceres analisados.

Em complementação, foram realizadas entrevistas com técnicos das três Secretarias do Ministério da Saúde envolvidas no PRONON com o objetivo de verificar como ocorrem as análises dos projetos apresentados pelas instituições. As informações levantadas foram apresentadas no Anexo I deste relatório.

Diante dos resultados das análises dos pareceres técnicos (Quadro 3) e das situações apresentadas pelos profissionais entrevistados, é possível observar algumas incoerências entre o que as equipes afirmam avaliar nos projetos para a emissão da opinião técnica e as informações contidas nos pareceres técnicos. Além disso, é possível mapear a existência de alguns riscos na aprovação técnica dos projetos do PRONON, conforme pareceres emitidos pelas áreas técnicas, tais como:

1. Aprovação de projetos que não contribuem para o alcance dos objetivos da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer:

Nas entrevistas com as equipes, foi evidenciado que são consideradas para aprovação dos projetos somente as situações previstas na Portaria GM/MS n° 1550/2014. Sendo assim, mesmo que o projeto não contribua direta e claramente para o alcance dos objetivos da PNPCC, ao preencher os critérios da Portaria, ele será aprovado. Observa-se, portanto, que não há critérios para reprovação de projetos desnecessários ou inoportunos.

Nesse mesmo cenário, destaca-se que apenas 56% dos pareceres técnicos analisados discorrem sobre a relevância do projeto, a sua adequação às ações prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde e o seu potencial de contribuição para melhoria das ações e serviços de atenção à pessoa com câncer, bem como apenas 30% dos pareceres demonstraram a verificação da capacidade técnico-operacional da instituição para a execução dos projetos. Além disso, as áreas técnicas não adotam os aspectos a serem observados para avaliação do mérito constantes do Anexo IX da Portaria, o qual apresenta uma pontuação a ser atribuída aos projetos, critério de maior objetividade apresentado pelo normativo que proporcionaria uma classificação ordenada dos projetos de acordo com critérios determinados. Entretanto, ressalta-se que apesar da definição desses critérios para fins de ordenamento dos projetos, tais aspectos não seriam suficientes para tornar a análise o mais objetiva possível, já que eles preveem a nota máxima em cada aspecto, mas não estabelecem como categorizar cada projeto com as notas de 0 a 10, ou seja, como fazer a gradação dessa pontuação.

Dessa forma, a ausência das informações fundamentais apontadas para motivar a conclusão técnica no parecer técnico conclusivo, que é o principal documento utilizado pelo Comitê Gestor para definição quanto à aprovação dos projetos apresentados, resultam no risco de aprovação de projetos que não estejam alinhados à Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer ou que não apresentem contribuição para a sua melhoria, assim como o encaminhamento dos projetos para deliberação do Comitê Gestor com o mesmo grau de relevância, sem ordenamento dos projetos priorizados.

2. Aprovação de projetos com vícios:

Mais de 50% dos pareceres analisados não mencionam a verificação das planilhas orçamentárias apresentadas nos projetos e a compatibilidade dos custos previstos com preços praticados no mercado. Além disso, alguns pareceres que demonstram essa verificação não apontam as referências consultadas, tais como: SIGEM, tabela SUS, três cotações, pesquisas na internet, etc., não deixando clara a profundidade da análise realizada. Dessa forma, há o risco da aprovação de projetos com vícios, apresentando valores incompatíveis com o objeto proposto e com maior risco de inviabilizar sua execução.

3. Incompatibilidade entre as ações e os objetivos do projeto:

Apenas 36% dos pareceres demonstraram análise da adequação das estratégias de ação aos objetivos do projeto, de modo que as etapas previstas correm o risco de não serem necessárias ou suficientes para a realização dos projetos e compatíveis com os prazos e custos previstos.

Além dos riscos apontados, é possível observar que cada Secretaria possui uma sistemática para análise e aprovação dos projetos apresentados, de modo que apenas os critérios apresentados na Portaria GM/MS nº 1550/2014 não são suficientes para balizar as análises das propostas recebidas.

Adicionalmente, destaca-se a falta de padronização das análises dos projetos realizadas pelas diferentes áreas técnicas, com algumas áreas definindo rotinas internas e documentos padrões, enquanto outras se apoiam na expertise individual de cada técnico, havendo ausência de padronização dentro da própria área técnica. A ausência de critérios objetivos e pontuação para os itens exigidos para requerimento e apresentação dos projetos impede a análise das motivações para as aprovações e as reprovações do total de projetos recebidos.

Nesse sentido, foi instituído Grupo de Trabalho do PRONON e PRONAS/PCD pelo Comitê Gestor, em 12/07/2016, com o intuito de revisar a Portaria GM/MS nº 1550/2014, e, entre outras ações, apresentar propostas para definição de modelo padrão de parecer técnico conclusivo, contemplando informações para subsídios na avaliação e controle da execução dos projetos.

Causa

- 1) Complexidade das análises necessárias para emissão do parecer;
- 2) Descumprimento da Portaria do Pronon e seus anexos.

Manifestação da Unidade Examinada

Não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções. As manifestações pontuais anteriores à referida reunião foram incorporadas neste Relatório e fazem parte dos papéis de trabalho.

Análise do Controle Interno

Não há análise do Controle Interno pois não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções. As manifestações pontuais anteriores à referida reunião foram incorporadas neste Relatório e fazem parte dos papéis de trabalho.

Recomendações:

Recomendação 1: Promover capacitação interna para todas as áreas técnicas do Ministério da Saúde envolvidas em análises do PRONON, contemplando os aspectos-chave relacionados à análise de projetos.

Recomendação 2: Exigir, como peça adicional ao parecer apresentado pelas áreas técnicas, um check-list de verificação dos itens obrigatórios nos projetos do PRONON.

1.1.1.2 CONSTATAÇÃO**Insuficiência de critérios de seleção e priorização de projetos do PRONON****Fato**

Além dos critérios dispostos na Portaria GM/MS nº 1550/2014 para aprovação dos projetos, compete ao Comitê Gestor do PRONON reavaliar a definição das áreas prioritárias para execução das ações e serviços de atenção à pessoa com câncer, deliberar sobre a priorização de projetos submetidos às áreas técnicas, considerando os recursos da renúncia fiscal disponíveis para o exercício e definir parâmetros para aprovação, acompanhamento e prestação de contas dos projetos.

Tendo em vista que nos exercícios de 2013 e 2014 o valor dos projetos aprovados pelas áreas técnicas ficou aquém do valor disponibilizado para o PRONON, não houve estabelecimento de parâmetros de priorização de projetos pelo Comitê Gestor. Já em relação ao ciclo de 2015, o assunto foi tratado na Ata da II Reunião Extraordinária do Comitê Gestor, de 25/11/2015, na qual ficou estabelecido como critério de priorização a necessidade de atender as regiões onde houvesse vazio assistencial.

Apesar dos critérios definidos pela Portaria GM/MS nº 1550/2014 e pelo Comitê Gestor do PRONON para a aprovação dos projetos apresentados no âmbito do PRONON, a priorização realizada pelo Comitê não foi suficientemente motivada na Ata da II Reunião Extraordinária, o que impossibilita a identificação dos critérios utilizados para seleção dos projetos. Na referida ata foi apresentado um motivo geral (priorização de projetos a serem executados em áreas de vazio assistencial - Nordeste, Norte e Centro-Oeste) e, em seguida, apresentada a relação dos projetos aprovados, sem o detalhamento dos motivos individualizados para a aprovação e reprovação dos projetos apresentados. A mesma situação ocorreu nas demais reuniões do Comitê, cujas atas não apresentam as razões para aprovação ou reprovação de cada projeto.

Ao ser questionada sobre os critérios de priorização dos projetos, a SE/MS afirmou que "os pareceres técnicos conclusivos se sobressaem como subsídio técnico indispensável para deliberação final do Comitê Gestor, assim como revela-se imprescindível a observância dos projetos às áreas prioritárias definidas no art. 6º da Portaria 1550/2014".

Entretanto, em entrevistas com as equipes técnicas das três Secretarias envolvidas na aprovação de projetos do PRONON, foi constatado que apenas a SCTIE realiza priorização dos seus projetos, encaminhando para deliberação do Comitê Gestor somente os projetos que correspondem ao montante de recursos definido pelo Comitê para aquela Secretaria, enquanto a SGTES e a SAS encaminham para deliberação do Comitê Gestor

todos os projetos com pareceres favoráveis à aprovação, não realizando priorização no âmbito dessas Secretarias. Ressalta-se que além da possível priorização realizada pelas áreas técnicas, a deliberação sobre a aprovação dos projetos compete ao Comitê Gestor, o qual decide quais projetos serão aprovados, inclusive nos casos em que o montante dos projetos priorizados pelas áreas técnicas ultrapasse o valor autorizado pela Portaria Interministerial.

Nesse contexto, foi verificado que não há critérios estabelecidos para escolha e priorização dos projetos por área de atuação (assistência, pesquisa e capacitação), mas apenas os próprios critérios de priorização preconizados pela Portaria GM/MS n° 1550/2014 (art. 6º) e pelo Comitê Gestor na II Reunião Extraordinária, de 25/11/2015 (regiões NE, N, CE).

Portanto, esta insuficiência de critérios de seleção e priorização, associada à demasiada amplitude das áreas prioritárias presentes no art. 6º da Portaria 1550/2014, possibilita a aprovação de projetos que não contribuem direta e prioritariamente para o alcance dos objetivos da PNPCC.

Causa

- 1) Baixa divulgação do Programa em regiões de vazios assistenciais;
- 2) Ausência de critérios de priorização oriundos das áreas técnicas.

Manifestação da Unidade Examinada

Não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções. As manifestações pontuais anteriores à referida reunião foram incorporadas neste Relatório e fazem parte dos papéis de trabalho.

Análise do Controle Interno

Não há análise do Controle Interno pois não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções. As manifestações pontuais anteriores à referida reunião foram incorporadas neste Relatório e fazem parte dos papéis de trabalho.

Recomendações:

Recomendação 1: Definir objetos claros e detalhados a serem financiados por meio do PRONON, baseados nas necessidades mapeadas pelas áreas técnicas e nas informações dos relatórios de avaliação e acompanhamento do PRONON.

Recomendação 2: Estabelecer, para cada objeto a ser financiado por meio do PRONON, os critérios específicos para qualificação das instituições.

Recomendação 3: Estabelecer critérios objetivos para a classificação dos projetos do PRONON apresentados em observância aos objetos definidos pelo Ministério da Saúde, tais como relação custo-benefício ou menor preço global.

1.1.1.3 CONSTATAÇÃO

Aprovação de projetos no PRONON relacionados ao custeio de ações contínuas e repetitivas, em inobservância às diretrizes do Programa

Fato

Uma das características determinadas pela lei instituidora do PRONON é a sua transitoriedade, a qual limita a doação de recursos de pessoas físicas até 2020 e de pessoas jurídicas até 2021 (art. 4, caput da Lei 12.715/2012).

Em consonância a esta característica, o Decreto nº 7.988/2013, que regulamenta a referida Lei, define que as instituições devem apresentar projetos para avaliação e aprovação pelo Ministério da Saúde (art. 8º). De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.550/2014, o prazo para a execução dos projetos será de até de 24 meses para os campos assistenciais e de formação, e de até 36 meses para projetos de pesquisa (art. 26, § 1º).

Segundo o *Project Management Body of Knowledge* (PMBOK), “um projeto é um esforço temporário empreendido para criar um produto, serviço ou resultado exclusivo. Os projetos e as operações diferem, principalmente, no fato de que os projetos são temporários e exclusivos, enquanto as operações são contínuas e repetitivas”.

Portanto, pode-se inferir da definição apresentada que projeto possui escopo bem definido, ou seja, início, meio e fim bem delimitados. Já as operações se traduzem em ações diárias, rotineiras, que não se sabe quando não serão mais necessárias.

Durante as análises realizadas pela equipe de auditoria, verificou-se que diversos projetos que foram aprovados pelo Ministério possuíam como escopo principal a prestação de serviços médico-assistenciais voltados à atenção da pessoa com câncer. Mais especificamente, estes objetos se traduziam em custeio de profissionais para a realização de procedimentos já constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais do SUS.

Seguem exemplos de títulos de projetos aprovados no PRONON que se enquadram na situação aqui descrita: “Ampliar o número de cirurgias realizadas através de laparoscopia, aumentando o acesso da população ao procedimento”; “Aquisição de medicamentos quimioterápicos para manutenção e continuidade dos tratamentos oncológicos”; “Aumento da produção e diminuição das filas para tratamento e diagnóstico do câncer”.

A demanda pelos procedimentos de média e alta complexidade ofertados nesses projetos tende a ser constante ou crescente, o que incompatibiliza seu financiamento por meio de projetos, considerando a definição do PMBOK. Além disso, a aprovação de projetos para a oferta de serviços por tempo indeterminado não guarda relação com a própria transitoriedade do PRONON. Para este tipo de ação e serviço, o financiamento mais adequado é o ordinário, realizado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, na forma do art. 198, §1º da Constituição Federal de 1988.

O principal risco decorrente do financiamento desse tipo de ações pelo PRONON é o de interrupção da assistência à população ao fim do projeto. Para garantir a viabilidade dos

atendimentos e evitar sua descontinuidade, o estabelecimento deve buscar outras fontes de financiamento, sejam públicas ou privadas. Nesse sentido, merecem destaques os casos de projetos do PRONON que incluem a oferta de procedimentos, muitas vezes por meio da compra de equipamentos, que não estejam incorporados à Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Nesses casos, o término do projeto do PRONON, desde que mantida a situação de não incorporação, pode representar a interrupção da oferta de tais procedimentos pelo SUS, além de configurar uma má aplicação dos recursos públicos devido à aquisição de equipamentos que beneficiarão os pacientes do SUS somente durante a execução do projeto.

Outros projetos do PRONON que, na prática, configuram operações contínuas, são aqueles relacionados ao custeio de casas de apoio. Cita-se, como exemplo, os seguintes projetos aprovados que representam atividades contínuas e repetitivas: “Custear o serviço de hotelaria do GACC para pacientes residentes no interior do estado, não só os deslocamentos para a capital e os traslados para os hospitais de referência para a realização dos procedimentos médicos necessários, mas também a hospedagem deste durante todo o tratamento”; “Manutenção da Casa da Mulher durante 12 meses, viabilizando suas atividades bem como um incremento das mesmas e no número de mulheres”.

Sobre esse aspecto, o § 1º do art. 24 e o inciso IX do art. 44 da Portaria GM/MS nº 1550/2014 vedam o custeio de serviços já realizados na instituição e impossibilitam a aprovação de projetos de manutenção de casas de apoio quando não há a criação de um produto ou atividade nova. Além disso, as definições contidas na Portaria não permitem que as casas de apoio acolham acompanhantes de pacientes, uma vez que os serviços médico-assistenciais são definidos como “qualquer ação ou serviço que tenha como objetivo/objeto a prestação direta de assistência na área da saúde ou de apoio à saúde para a pessoa com câncer”.

Causa

- 1) Ausência de normatização específica para as Casas de Apoio;
- 2) Ausência de informações relativas à continuidade das ações e serviços após a finalização dos projetos do PRONON.

Manifestação da Unidade Examinada

Não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções. As manifestações pontuais anteriores à referida reunião foram incorporadas neste Relatório e fazem parte dos papéis de trabalho.

Análise do Controle Interno

Não há análise do Controle Interno pois não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções. As manifestações pontuais anteriores à referida reunião foram incorporadas neste Relatório e fazem parte dos papéis de trabalho.

Recomendações:

Recomendação 1: Exigir, como requisito para a aprovação de projetos do PRONON que necessitam ter continuidade após sua conclusão, informações acerca da capacidade da instituição de manter as ações e serviços decorrentes do objeto, indicando as fontes dos recursos e outras informações necessárias para viabilizar tais atividades.

Recomendação 2: Incluir, nos pareceres elaborados pelas áreas técnicas para aprovação dos projetos do PRONON, análise quanto à viabilidade da continuidade das ações e dos serviços após a conclusão do objeto.

Recomendação 3: Incluir, como requisito para a aprovação das prestações de contas dos projetos do PRONON relativos à prestação de serviço médico-assistencial que contemplem ações passíveis de regulação, a comprovação de que tais ações foram formalmente incluídas na regulação do gestor que deu a anuência ao projeto.

Recomendação 4: Incluir, na Portaria que regulamenta o PRONON, parâmetros objetivos para a aprovação de projetos relativos a ações e serviços a serem realizados pelas casas de apoio, definindo despesas elegíveis para esse tipo de atividade.

1.1.1.4 CONSTATAÇÃO

Concentração de aprovação de projetos do PRONON das regiões Sul e Sudeste, o que contraria o princípio da descentralização da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

Fato

A regionalização consiste em uma diretriz prevista nos principais instrumentos jurídicos que criam e regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080/1990, e tem como objetivo garantir o acesso de toda a população às ações e serviços de saúde e reduzir as desigualdades sociais e territoriais (Pacto pela Saúde, 2006). Nesse sentido, um dos princípios gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, instituídos pela Portaria GM/MS nº 874/2013, é a organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo.

Além disso, o art. 21, inciso XIX, da Portaria GM/MS nº 874/2013 aponta como responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito de atuação, “realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou inter-regional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado”.

O PRONON prevê, no art. 53, § 1º, da Portaria GM/MS nº 1550/2014, além de outros requisitos para a aprovação dos projetos, a consonância com as Redes de Atenção à Saúde e com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

Entretanto, observou-se situação contrária a esse contexto de regionalização no âmbito do PRONON. Conforme critério de priorização estabelecido pelo Comitê Gestor na II

Reunião Extraordinária do Comitê Gestor, de 25/11/2015, referente à necessidade de atender às regiões onde houvesse vazio assistencial (Nordeste, Norte e Centro-Oeste), priorizando os projetos provenientes de instituições dessas localidades, constatou-se que dos 59 projetos aprovados para o ciclo de 2015, ciclo no qual foi estabelecida essa priorização, apenas 3 (5%) correspondem à região de vazio assistencial (Nordeste), sendo todos os demais das regiões Sul e Sudeste. Além disso, 2 projetos com pareceres favoráveis à aprovação emitidos pelas áreas técnicas correspondentes à região de vazio assistencial (Nordeste - CE) foram reprovados pelo Comitê Gestor.

Adicionalmente, observa-se que a maioria dos projetos de todos os ciclos corresponde a instituições localizadas nas regiões Sul e Sudeste, conforme demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 4: Distribuição dos projetos aprovados por UF

UF	Nº de projetos aprovados	Montante dos projetos aprovados (R\$)	Percentual do valor dos projetos em relação ao total
SP	56	223.716.688,08	51,96%
MG	37	97.957.783,34	22,75%
PR	26	51.852.867,45	12,04%
RJ	5	20.179.707,46	4,69%
RS	21	13.446.253,97	3,12%
SC	12	10.577.740,15	2,46%
CE	2	6.042.978,90	1,40%
PE	4	4.074.866,12	0,95%
ES	4	1.524.304,87	0,35%
RN	1	728.249,47	0,17%
BA	1	451.097,90	0,10%
Total	169	430.552.537,71	100%

Fonte: Nota Técnica nº 02/2017/CPCN/CGPC/DESID/SE/MS, de 22/02/2017.

Dessa forma, é possível observar que não foram financiados projetos da região Norte e Centro-Oeste e que apenas 2,62% dos recursos liberados para execução dos projetos do PRONON são referentes a projetos da região Nordeste, enquanto 79,75% dos recursos foram destinados à região Sudeste e os demais 17,62% à região Sul. Ressalta-se que 51,96% de todo o recurso refere-se apenas ao estado de São Paulo.

Além da concentração de recursos por estados e por regiões, percebe-se também que os projetos do PRONON são concentrados em poucos estabelecimentos. Ao longo dos três ciclos do programa (2013 a 2015), 69 estabelecimentos tiveram projetos aprovados, sendo que 28 estabelecimentos concentram 90% dos recursos aprovados. O principal beneficiário do programa é o Hospital do Câncer de Barretos (Fundação Pio XII), que teve projetos aprovados da ordem de R\$ 117,5 milhões no período em análise. Além desse, merecem destaque os seguintes estabelecimentos como maiores beneficiários do PRONON:

Quadro 5: Estabelecimentos que receberam maior montante de recursos do PRONON no período de 2013 a 2016

Estabelecimento	UF	Total Aprovado	% aprovado em relação ao total aprovado para o PRONON de 2013 a 2016
Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos	SP	117.510.549,60	27,29%
Associação Mário Penna	MG	30.327.850,85	7,04%
Liga Paranaense de Combate ao Câncer	PR	19.343.493,20	4,49%
Fundação Faculdade de Medicina	SP	19.255.185,17	4,47%
Fundação São Francisco Xavier	MG	18.907.590,37	4,39%
Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer	RJ	18.236.677,00	4,24%
Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer-GRAACC	SP	17.802.799,38	4,13%
Fundação Antônio Prudente	SP	14.120.006,19	3,28%
Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein	SP	12.794.364,13	2,97%
Associação de Assistência Social da Santa Casa de Misericórdia de Araxá	MG	11.564.925,63	2,69%
TOTAL		279.863.441,52	65,00%

Fonte: Nota Técnica nº 02/2017/CPCN/CGPC/DESID/SE/MS, de 22/02/2017.

Com base nessas informações, percebe-se que há uma tendência de concentração dos recursos do PRONON, tanto sob a perspectiva regional como pela análise por estabelecimentos, tendo em vista que os recursos repassados para os estabelecimentos relacionados no Quadro 5 (10 dos 80 estabelecimentos já beneficiados pelo PRONON) representam 65% de todo o recurso aprovado para execução de projetos no PRONON. Essa situação vai de encontro ao objetivo da política de diminuir as desigualdades regionais no que diz respeito à assistência oncológica no país e indica que o PRONON não tem sido utilizado de forma efetiva como uma ferramenta para a diminuição dos vazios assistenciais existentes no Brasil, considerando a classificação realizada pelo Comitê Gestor do PRONON na Ata da II Reunião Extraordinária do Comitê Gestor, de 25/11/2015, o qual definiu que as regiões de vazio assistencial compreendem as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste.

Observa-se, também, que não há ações do Ministério da Saúde no sentido de incentivar a apresentação de projetos por parte de instituições localizadas em regiões de vazio assistencial, de modo que o Ministério atua somente em resposta à demanda que as instituições credenciadas apresentam, o que proporciona a concentração de projetos nas mesmas instituições ciclo após ciclo.

Causa

- 1) Baixa utilização dos canais de informação do Ministério da Saúde para fomentar a apresentação de projetos no âmbito do PRONON por instituições localizadas em regiões de vazio assistencial (Nordeste, Norte e Centro-Oeste);
- 2) Ausência da definição de critérios que estejam alinhados às necessidades da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

Manifestação da Unidade Examinada

Não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções. As manifestações pontuais anteriores à referida reunião foram incorporadas neste Relatório e fazem parte dos papéis de trabalho.

Análise do Controle Interno

Não há análise do Controle Interno pois não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções. As manifestações pontuais anteriores à referida reunião foram incorporadas neste Relatório e fazem parte dos papéis de trabalho.

Recomendações:

Recomendação 1: Elaborar plano de ação no sentido de promover a divulgação do programa e de orientar instituições com potencial para a execução de projetos prioritários para o PRONON.

Recomendação 2: Instituir mecanismos para o direcionamento dos projetos do PRONON conforme as necessidades estabelecidas pelo Ministério da Saúde, por meio da definição de objetos a serem financiados por meio do programa.

Recomendação 3: Adotar critérios de regionalização na definição dos objetos a serem financiados por meio do PRONON.

1.1.1.5 CONSTATAÇÃO

Ausência de análise das prestações de contas dos projetos do PRONON

Fato

Um dos aspectos avaliados neste trabalho diz respeito ao monitoramento e avaliação dos projetos aprovados no PRONON, mais especificamente, se as obrigações legais estão sendo cumpridas e se as atividades realizadas pelo Ministério são adequadas.

Sobre isso, o art. 85, caput da Portaria GM/MS nº 1.550/2014 estabelece que as instituições beneficiárias do PRONON devem comprovar a correta aplicação dos recursos financeiros recebidos ao final do desenvolvimento das ações e serviços realizados no âmbito dos projetos (Prestações de Contas Finais), ou anualmente, se o projeto for executado em um período superior a um ano (Prestações de Contas Parciais).

De acordo com o art. 91 da Portaria GM/MS nº 1.550/2014, cabe ao Ministério da Saúde analisar as atividades executadas no âmbito dos projetos aprovados do PRONON, com emissão de parecer conclusivo sobre as prestações de contas em até 90 dias, contados da data de seu recebimento.

Por meio das análises realizadas nesta auditoria, verificou-se que o Ministério da Saúde não está cumprindo com a obrigação de analisar as prestações de contas recebidas, conforme se depreende do quadro a seguir:

Quadro 6: Situação das entregas e análises das prestações de contas (PC) dos projetos do PRONON.

Ciclo	Nº de projetos aprovados	Nº de PC parciais recebidas	Nº de PC parciais analisadas	Nº de PC finais recebidas	Nº de PC finais analisadas
2013	23	15	0	1	0
2014	60	26	0	1	0
2015	57	0	0	0	0
2016	29	0	0	0	0
Total	169	41	0	2	0
Valor percentual	100%	24,26%	0,00%	1,18%	0,00%

Fonte: Nota Técnica nº 02/2017/CPCN/CGPC/DESID/SE/MS, de 22/02/2017.

A ausência de análise das prestações de contas dos projetos configura uma impropriedade que prejudica todo o processo de avaliação do programa. Ressalta-se que, apesar disso, o Ministério da Saúde deu continuidade às aprovações de projetos em outros ciclos, tornando inócuas as disposições dos Capítulos VII e IX da Portaria GM/MS 1.550/2014, que tratam dos efeitos decorrentes das análises das prestações de contas.

Além do descumprimento normativo, ao dar continuidade ao programa sem a análise das prestações de contas, o Ministério da Saúde potencializa riscos que podem prejudicar o alcance dos objetivos do PRONON, como por exemplo a aprovação de projetos em favor de instituições que deveriam ser inabilitadas em decorrência de irregularidades na execução de projetos anteriores.

Causa

- 1) Descumprimento do art. 91 da Portaria GAB-MS nº 1550/2014.

Manifestação da Unidade Examinada

Não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções. As manifestações pontuais anteriores à referida reunião foram incorporadas neste Relatório e fazem parte dos papéis de trabalho.

Análise do Controle Interno

Não há análise do Controle Interno pois não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções. As manifestações pontuais anteriores à referida reunião foram incorporadas neste Relatório e fazem parte dos papéis de trabalho.

Recomendações:

Recomendação 1: Analisar as prestações de contas que estão com o prazo vencido e somente aprovar novos projetos para o ciclo de 2018 após a conclusão desta análise e da avaliação dos resultados dos projetos/objetos já concluídos.

Recomendação 2: Incluir, como critério de admissibilidade de novos projetos, o cumprimento tempestivo da obrigação contida no artigo 85 da Portaria GM/MS nº 1550/2014 para os projetos de ciclos anteriores.

1.1.1.6 CONSTATAÇÃO

Ausência de monitoramento e avaliação das ações executadas no âmbito dos projetos do PRONON

Fato

O monitoramento de um programa envolve diversas ações e estratégias que vão além da apreciação das prestações de contas. Nesse sentido, buscou-se avaliar a atuação do Ministério da Saúde no monitoramento das ações executadas no âmbito dos projetos do PRONON. Seguem análises acerca das seguintes ferramentas para o monitoramento do programa: visitas *in loco* e diligências, acompanhamento de registros no Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial - CIHA, instituição de metas e aferição de indicadores e elaboração de relatório de avaliação e monitoramento.

- VISITAS IN LOCO E DILIGÊNCIAS

Verificou-se que o Ministério não realizou visitas *in loco* às instituições executoras de projetos, conforme previsto no art. 84, § 2º. Já no que diz respeito às diligências, o Ministério solicitou à quatorze instituições informações sobre a execução dos projetos.

- REGISTROS NO CIHA

Outra obrigação objeto de avaliação deste trabalho consta no art. 31, no qual é prescrito que os serviços médico-assistenciais realizados no PRONON devem ser registrados no CIHA, sendo esse o sistema oficial para verificação, acompanhamento, avaliação e prestação de contas das ações e serviços que a instituição se comprometeu a realizar no projeto.

Sobre esse aspecto, aferiu-se que dos 19 estabelecimentos que possuíam projetos PRONON aprovados para a prestação de serviços médico-assistenciais com prazo de conclusão até o mês de maio de 2017, aproximadamente 90% não registraram nenhum procedimento no CIHA relacionado ao PRONON (fonte de remuneração: 10).

Os valores aprovados para estes projetos que não possuem registro no CIHA totalizam aproximadamente R\$ 119 milhões, o que representa 67,7% do valor total dos projetos da linha de prestação de serviço médico-assistencial.

Isso revela a impossibilidade de avaliar se os recursos financeiros captados via PRONON estão sendo aplicados no financiamento de serviços médico-assistenciais à população, uma vez que cerca de 90% das instituições beneficiárias não registraram os atendimentos no sistema oficial do Ministério da Saúde.

- METAS E INDICADORES

Avaliou-se também se o Programa já havia definido formalmente seus indicadores, metas e objetivos, de forma a possibilitar a avaliação dos resultados alcançados pelo programa, conforme recomendado pelo Tribunal de Contas da União (TCU) no Acórdão nº 1205/2014 – TCU-Plenário.

Em resposta, o Ministério apresentou uma proposta de metas e de indicadores, com 14 indicadores, mas que, de acordo com a própria Pasta, não está sendo utilizada pela direção do Programa e nem pelas áreas técnicas.

- RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

O § 3º do art. 8º da Lei nº 12.715/2012 estabelece o Ministério da Saúde deve elaborar relatórios de avaliação e acompanhamento das ações e serviços executados no âmbito do PRONON. Contudo, verificou-se a inexistência desses relatórios.

Além dos aspectos já citados, apurou-se também que as áreas técnicas não adotaram outros procedimentos complementares de acompanhamento e/ou monitoramento dos projetos em execução e dos projetos já finalizados.

Além de representar descumprimento legal, a ausência de monitoramento e avaliação das ações executadas no âmbito dos projetos do PRONON aumentam os riscos de não atingimento dos objetivos do programa, demandando, portanto, a atuação do Ministério afim de mitigá-los a níveis aceitáveis.

A título exemplificativo, apresenta-se a seguir os riscos relacionados a tais falhas:

- Impossibilidade de mensuração dos resultados e do impacto do Programa;
- Ocorrência de fraude;
- Desalinhamento entre as necessidades da Política Nacional de Controle e Combate ao Câncer e os projetos financiados pelo PRONON;
- Falta de aprimoramento dos ciclos seguintes do Programa em decorrência da ausência de avaliações dos ciclos anteriores;
- Impossibilidade de atestar que os recursos foram adequadamente aplicados, considerando que os objetos dos projetos não estão sendo verificados.

Causa

1) Descumprimento da obrigação de elaboração do relatório de avaliação e acompanhamento mencionado no art. 8º, §3º da Lei nº 12715/2012.

Manifestação da Unidade Examinada

Não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções. As manifestações pontuais anteriores à referida reunião foram incorporadas neste Relatório e fazem parte dos papéis de trabalho.

Análise do Controle Interno

Não há análise do Controle Interno pois não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções. As manifestações pontuais anteriores à referida reunião foram incorporadas neste Relatório e fazem parte dos papéis de trabalho.

Recomendações:

Recomendação 1: Instituir indicadores para monitoramento e avaliação dos resultados alcançados pelo PRONON, com o estabelecimento de periodicidade para aferição e análise desses resultados.

Recomendação 2: Definir a obrigatoriedade de se elaborar, com periodicidade anual, relatório de avaliação e acompanhamento dos projetos do PRONON.

1.1.1.7 CONSTATAÇÃO

Insuficiência do CIHA como sistema para monitoramento dos projetos do PRONON da área de assistência

Fato

Com o objetivo de avaliar a adequação das ferramentas utilizadas pelo Ministério da Saúde para o monitoramento da execução dos projetos do PRONON, foram analisados os dispositivos da Portaria GM/MS nº 1550/2014 e suas implicações.

Nesse sentido, foram identificadas fragilidades nessa sistemática de prestação de contas de projetos do PRONON relacionados à prestação de serviços médico-assistenciais. A primeira delas diz respeito à impossibilidade de se relacionar a produção apresentada pelo estabelecimento de saúde no sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA) e o projeto PRONON que financiou tal serviço. Este fato ocorre quando um mesmo estabelecimento executa dois ou mais projetos PRONON para a linha de serviços médico-assistencial com períodos de execução concomitantes e objetos similares.

Neste caso, ainda que o estabelecimento encaminhe todas as informações da produção para o Ministério por meio do CIHA, não há nenhum código identificador do projeto PRONON específico. Isto, portanto, impossibilita o Ministério de utilizar o CIHA para

verificar, acompanhar e avaliar a prestação de contas dos projetos que se enquadrem na situação referida.

Além dessa, outra fragilidade verificada nas análises diz respeito à impossibilidade de se utilizar a metodologia do CIHA para verificar, acompanhar e avaliar a prestação de contas dos projetos cujos objetos não se concretizam em procedimentos médico-assistenciais que já estejam incorporados à tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais do SUS.

Essa inviabilidade ocorre devido ao fato de que uma das informações que os estabelecimentos devem registrar no CIHA é o código do procedimento realizado, conforme definido pela referida tabela SUS.

Como exemplo de projetos classificados como prestação de serviços médico-assistenciais que não podem ser monitorados pelo CIHA cita-se aqueles destinados à “prestação de serviços desenvolvidos em casas de apoio quando estes estabelecimentos tiverem como público-alvo as pessoas com câncer” (art. 6º, inciso II), uma vez que estes serviços não estão incorporados na tabela do SUS e, portanto, não há como os estabelecimentos os registrarem no CIHA.

A equipe de auditoria também verificou um caso específico de um estabelecimento contemplado com recursos do PRONON para a linha médico-assistencial que não estava registrado no CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, o que o impossibilita de registrar a produção dos serviços prestados no CIHA.

Dessa forma, verifica-se que o CIHA possui limitações que o impedem de ser utilizado como sistema oficial para verificação, acompanhamento, avaliação e prestação de contas das ações e serviços pactuados em todos os projetos do PRONON da área de assistência.

Causa

1) Fragilidade da sistemática de monitoramento e acompanhamento de projetos PRONON da área médico-assistencial.

Manifestação da Unidade Examinada

Não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções. As manifestações pontuais anteriores à referida reunião foram incorporadas neste Relatório e fazem parte dos papéis de trabalho.

Análise do Controle Interno

Não há análise do Controle Interno pois não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções. As manifestações pontuais anteriores à referida reunião foram incorporadas neste Relatório e fazem parte dos papéis de trabalho.

Recomendações:

Recomendação 1: Definir um atributo na sistemática de avaliação do PRONON de modo a possibilitar objetivamente a vinculação da produção apresentada ao projeto executado.

1.1.1.8 CONSTATAÇÃO

Ausência de transparência ativa sobre a execução dos projetos do PRONON e dos resultados alcançados pelo Programa.

Fato

Nos termos do § 3º do art. 8º da Lei nº 12.715/2012, do § 3º do art. 11 do Decreto nº 7988/2013 e do inciso XIII do art. 15 da Portaria GM/MS nº 1550/2014, deverá ser elaborado relatório de avaliação e acompanhamento das ações e serviços executados no âmbito do PRONON e publicado em sítio eletrônico do Ministério da Saúde na internet.

O Ministério da Saúde disponibilizou um sítio eletrônico com informações gerais sobre o PRONON, no qual é possível encontrar, entre outras informações, a relação das instituições credenciadas no programa e a relação dos projetos aprovados, com as respectivas instituições e doadores para os ciclos de 2013, 2014 e 2015.

Entretanto, não é possível encontrar informações relevantes sobre os projetos, tais como:

- objetivos e objetos dos projetos aprovados;
- motivações para as aprovações e reprovações dos projetos (no Diário Oficial da União é possível encontrar as portarias de aprovações dos projetos, mas não é publicada a relação dos projetos reprovados);
- nível de execução dos projetos;
- relatórios de acompanhamento dos projetos, conforme previsão dos normativos citados anteriormente;
- situação das aprovações das prestações de contas, conforme determina o art. 95 da Portaria GM/MS nº 1550/2014;
- resultados alcançados pelos projetos individualmente;
- resultados alcançados pelo PRONON de forma consolidada; e
- atas das reuniões ordinárias do Comitê Gestor.

No que se refere às atas das reuniões do Comitê Gestor, no sítio do PRONON há apenas a publicação das súmulas de reuniões extraordinárias, não havendo as das reuniões ordinárias.

Diante disso, verificou-se que o Ministério da Saúde não está cumprindo o disposto nos art. 15, inciso XIII, e art. 95 da Portaria 1.550/2014, além do disposto no § 3º do art. 8º da Lei nº 12.715/2012, e no § 3º do art. 11 do Decreto nº 7988/2013, o que impossibilita o controle social efetivo.

A ausência de transparência também impossibilita que outras instituições interessadas em apresentar projetos no âmbito do PRONON encontrem informações sobre os projetos que

foram aprovados e os que foram reprovados, além dos entendimentos firmados pelo Comitê Gestor que embasam as aprovações e reprovações.

Além disso, a falta de transparência durante a execução dos projetos indica a ausência de acompanhamento da execução dos projetos, o que pode impedir que gargalos sejam detectados e ajustados durante a fase de execução dos projetos.

Causa

- 1) Ausência de regulamentação do prazo para publicação do Relatório descrito no art. 8, § 3 da Lei nº 12.715/2012;
- 2) Ausência de regulamentação das informações do PRONON que devem ser publicadas em transparência ativa.

Manifestação da Unidade Examinada

Não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções. As manifestações pontuais anteriores à referida reunião foram incorporadas neste Relatório e fazem parte dos papéis de trabalho.

Análise do Controle Interno

Não há análise do Controle Interno pois não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções. As manifestações pontuais anteriores à referida reunião foram incorporadas neste Relatório e fazem parte dos papéis de trabalho.

Recomendações:

Recomendação 1: Providenciar a publicação periódica de informações sobre a aprovação, execução, monitoramento e avaliação dos projetos no sítio do PRONON, tais como: objetivos e objetos dos projetos aprovados; motivações para as aprovações e reprovações dos projetos; nível de execução dos projetos; relatórios de acompanhamento dos projetos; resultado das análises das prestações de contas, conforme determina o art. 95 da Portaria GM/MS nº 1550/2014; resultados alcançados pelos projetos individualmente; resultados alcançados pelo PRONON como um todo; e atas das reuniões do Comitê Gestor.

II – RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 201701503

Relatório de Avaliação dos Resultados da Gestão



Unidade Auditada: Secretaria de Atenção a Saúde

Exercício: 2016

Processo:

Município: Brasília - DF

Relatório nº: 201701503

UCI Executora: SFC/DS/CGSAU - Coordenação-Geral de Auditoria da Área de Saúde

Análise Gerencial

Senhor Coordenador-Geral,

Por meio deste relatório, apresentam-se as conclusões do trabalho de Avaliação dos Resultados da Gestão na Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, especificamente sobre a execução do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS, realizado de acordo com os preceitos contidos na Ordem de Serviço n.º 201701503 e em atendimento ao inciso II do Art. 74, da Constituição Federal de 1988, de acordo com o qual cabe ao Sistema de Controle Interno: “comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à eficácia e eficiência, da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e entidades da administração federal”. Pela transversalidade do tema tratado, alguns pontos desse relatório se referem a aspectos de competência da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

1. Introdução

A forma mais usual do Ministério da Saúde atuar na estruturação de estabelecimentos e no custeio das ações e serviços de saúde é por meio da transferência de recursos para entes federados ou para instituições privadas, cabendo a esses atores adquirir os equipamentos, executar as obras necessárias e as despesas de custeio em geral. Atualmente, essas transferências de recursos federais ocorrem por meio da celebração de convênios, quando o beneficiário do recurso é uma entidade privada, na modalidade

fundo-a-fundo, quando o recurso é repassado para Estados e Municípios, ou por meio de descentralização de créditos quando o estabelecimento é federal.

Entretanto, existem programas específicos nos quais o Ministério da Saúde centraliza a maior parte das ações necessárias para a implantação de novos serviços, para a expansão de serviços já existentes ou para viabilizar a continuidade das atividades. Como exemplo de ações centralizadas pelo Ministério da Saúde, destacam-se a aquisição de ambulâncias no âmbito do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), a aquisição de medicamentos especializados na assistência farmacêutica (CEAF) e a distribuição de insumos estratégicos no programa DST/AIDS.

Na Política Nacional de Controle e Combate ao Câncer, destaca-se a estratégia adotada pela União de expandir a oferta de tratamentos em radioterapia por meio de aquisição de aceleradores lineares e sua instalação em estabelecimentos de saúde que atendem pelo SUS. A primeira iniciativa nesse sentido foi o Projeto de Expansão da Assistência Oncológica (Projeto Expande), implantado no ano de 2000 e que resultou na estruturação de 18 estabelecimentos.

Em 2012, após o fim do Projeto Expande, o Ministério da Saúde deu início ao maior projeto de estruturação de estabelecimentos em oncologia no SUS, o Plano de Expansão da Radioterapia. O objetivo desse plano é suprir grande parte da carência de oferta de tratamentos radioterápicos no país por meio da instalação de 80 soluções de radioterapia em hospitais habilitados para a realização de tratamentos em oncologia no SUS.

Essas soluções compreendem a aquisição de equipamentos de radioterapia e de diagnóstico por imagem, além da realização das obras necessárias para sua instalação e de treinamento para a operacionalização das soluções implantadas. Em novembro de 2012, os hospitais selecionados firmaram termos de adesão ao Plano de Expansão da Radioterapia, nos quais se comprometem a adotar medidas necessárias para a instalação das soluções, dentre elas a disponibilização da área para a construção do *bunker* onde os equipamentos serão instalados, além do compromisso de ofertar tratamento radioterápico ao SUS após a implantação da solução.

Nesse contexto, a execução propriamente dita do Plano de Expansão cabe ao Ministério da Saúde, que é responsável pela aquisição e instalação dos equipamentos, bem como pelas obras e pelos treinamentos necessários. Além das instalações das soluções de radioterapia, o Plano de Expansão prevê um acordo de compensação tecnológica destinada a internalizar a produção de equipamentos radioterápicos no Brasil.

Nesta linha, o Ministério da Saúde realizou o Pregão Presencial nº 011/2013 com o objetivo de selecionar empresa para a execução da maior parte do Plano de Expansão, resultando na assinatura do Contrato nº 134/2013, em 05 de dezembro de 2013, com a empresa Varian Medical System, CNPJ 05.712.722/0001-92, no valor de R\$ 119.990.000,00.

Cabe ressaltar que somente a Varian Medical System e a empresa Elekta Limited (CNPJ 10.333.173/0001-85) possuíam interesse e condições técnicas de ofertar o objeto licitado no Pregão Presencial nº 011/2013. O valor final ofertado pela Elekta na ocasião foi de R\$ 119.998.999,54, ou seja, R\$ 8.999,54 superior ao valor adjudicado à Varian.

O objeto do referido contrato é a implementação das soluções de radioterapia, compreendendo aquisição de equipamentos (aceleradores lineares, sistema de braquiterapia, aparelhos de raio x, dentre outros), elaboração de projetos básicos de arquitetura e projetos executivos, apoio à fiscalização e supervisão da execução das obras, além do acordo de compensação tecnológica que resultará na instalação de uma fábrica da empresa no Brasil.

A primeira etapa da execução do contrato consiste na elaboração, pela empresa contratada, dos projetos básicos e executivos das 80 obras (*bunkers*) que serão realizadas. Além do Ministério da Saúde, os projetos devem ser aprovados pelo órgão estadual de Vigilância Sanitária (VISA) e pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).

Após essa etapa, o Ministério da Saúde realiza licitações para contratar empreiteiras responsáveis pela construção dos *bunkers* nos hospitais. Ao todo, serão 80 contratos de obras, sendo que a parte de fiscalização e supervisão das obras será realizada em conjunto com a empresa Varian. Após a conclusão das obras, a Varian é responsável pelo fornecimento dos equipamentos e sua instalação, no bojo do Contrato nº 134/2013.

Por meio dessa estratégia, o Ministério da Saúde pretende ampliar significativamente a capacidade de atendimento radioterápico à população do SUS. Todavia, observa-se que ocorreram atrasos significativos na execução do Plano de Expansão de Radioterapia. Até agosto de 2017, apenas 4 soluções foram entregues e 8 obras estão em execução, conforme mostrado no Quadro 01 a seguir:

Quadro 01: Situação da entrega das soluções de radioterapia aos hospitais – agosto 2017

STATUS DO PROJETO	QUANTIDADE
Solução Radioterápica Entregue	4
Obras em Execução	8
Obras Paralisadas	2
Projetos aguardando ordem de serviços	3
Projetos em elaboração do Termo de Referência	18
Projeto básico em análise ou reanálise	22
Hospitais suspensos por determinação do Comitê Executivo	10
Hospitais excluídos do Plano pelo Comitê Gestor	13
TOTAL	80

Fonte: Elaboração própria, com base em informações contidas no site do Ministério da Saúde

O escopo dessa auditoria é a execução do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS, com foco na implantação das soluções nos estabelecimentos de saúde. Diante das informações levantadas durante a fase de planejamento da auditoria, foram elaboradas as seguintes questões e subquestões de auditoria com o objetivo de avaliar a execução do Plano de Expansão de Radioterapia e o impacto dele na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC):

Questão de Auditoria: O Plano de Expansão da Radioterapia está cumprindo seu objetivo de ampliar a oferta de serviços de radioterapia no Brasil?

Subquestão 1: Os critérios utilizados para seleção dos Hospitais estão alinhados com as diretrizes da Política Nacional de Combate ao Câncer?

Subquestão 2: As diretrizes do Plano de Expansão asseguram a continuidade e a adequação dos serviços de radioterapia no SUS após a instalação das soluções?

Subquestão 3: O Plano de Expansão foi executado de acordo com o cronograma previsto?

Subquestão 4: As ações do Plano de Expansão da Radioterapia resultam em aumento da oferta de tratamentos radioterápicos no SUS?

Esse relatório está dividido em duas partes, sendo essa primeira composta por análises gerenciais acerca dos principais aspectos avaliados nessa auditoria. Nessa parte do relatório são abordados pontos relacionados aos critérios utilizados na seleção dos hospitais; ao andamento do Plano de Expansão, desde elaboração e aprovação de projetos, realização das licitações para contratar as empreiteiras, execução das obras, instalação da solução radioterápica e entrega da solução à população; além de abordar os riscos de não execução integral do Plano de Expansão de Radioterapia à população do SUS e os impactos do Plano na assistência oncológica no SUS. A segunda parte, consiste no detalhamento dos achados de auditoria que sustentam as conclusões constantes na primeira parte.

2. Resultados dos trabalhos

Com base no escopo delimitado nas questões de auditoria, foram realizadas diversas análises com o objetivo de identificar as causas para as falhas ocorridas até então na execução do Plano de Expansão e, por consequência, indicar as possibilidades de melhorias. Por se tratar de um plano ainda em execução, esse relatório serve como subsídio para que o Ministério da Saúde gerencie os riscos que podem prejudicar o alcance dos objetivos do Plano de Expansão da Radioterapia.

Os resultados a seguir são apresentados em três partes. Na primeira, são tratadas questões relacionadas à estratégia adotada pelo Ministério da Saúde de centralizar as ações destinadas à estruturação de estabelecimentos de saúde para o atendimento radioterápico no SUS. Nesse tópico são tratados também os critérios utilizados para a seleção dos estabelecimentos beneficiados, bem como os pontos fortes e os pontos fracos da estratégia adotada

A segunda parte consiste em análises relacionadas à execução do Plano de Expansão da Radioterapia e do Contrato nº 134/2013, buscando identificar os gargalos no processo, as falhas ocorridas e os riscos existentes nas etapas a serem cumpridas. Nessa parte são apresentadas informações acerca dos atrasos ocorridos e das suas principais causas, visando a devida responsabilização e o aprimoramento de atividades futuras.

Na terceira parte são tratados aspectos relacionados aos impactos do Plano de Expansão da Radioterapia na assistência à saúde no âmbito do SUS. Além disso, são tratados os riscos relacionados à continuidade dos serviços decorrentes dessa política e suas implicações, em termos econômicos, no setor de fornecimento de equipamentos e de serviços relacionados à radioterapia.

2.1. Análises sobre a formulação do Plano de Expansão da Radioterapia e a seleção dos estabelecimentos beneficiados

Uma das principais características do Plano de Expansão é que o Ministério da Saúde concentra as ações necessárias para a implantação de todas as soluções de radioterapia. No que diz respeito à aquisição dos equipamentos, percebe-se que a estratégia de centralizar todas as aquisições num único contrato conferiu ganhos de escala nos preços praticados. O preço de um acelerador linear no âmbito do Plano de Expansão é de R\$ 1.223.208,63, enquanto que o valor de referência para as aquisições via convênios obtido no Sistema de Gerenciamento de Equipamentos Médicos (SIGEM) é de R\$ 4.345.440,00, ou seja, cerca de 3,5 vezes superior.

Por outro lado, não há evidências de que a centralização dos contratos de obras para a construção dos *bunkers* tenha acarretado economia de recursos públicos, uma vez que cada obra é licitada e contratada de forma individualizada, o que não acarreta ganhos de escala. São obras de pequeno porte das quais o Ministério da Saúde não possui *know-how* sobre como contratar, acompanhar e fiscalizar. Nesse contexto, foram identificadas dificuldades nas obras em execução e já executadas no Plano de Expansão, sobretudo quanto ao fluxo de pagamentos e ao cronograma físico e financeiro, o que levou o Ministério da Saúde a ajustar aspectos importantes dos Termos de Referência das obras. Além disso, cumpre destacar que o Ministério da Saúde não possui estrutura adequada para fiscalizar e acompanhar, de forma centralizada, todas as obras quando muitos hospitais chegarem nessa fase de forma concomitante.

Outra vantagem do modelo adotado no Plano de Expansão da Radioterapia é a possibilidade de alocação das soluções de acordo com as necessidades assistenciais do país. Uma vez que compete ao Ministério da Saúde selecionar os estabelecimentos beneficiados e adotar todas as providências para a implantação das soluções de radioterapia, foi possível contemplar regiões que historicamente recebiam pouco ou nenhum investimento federal relacionado à radioterapia, como por exemplo os estados de Rondônia, do Acre, de Roraima e do Amapá. No mesmo sentido, não houve destinação de soluções do Plano de Expansão a regiões que recentemente receberam recursos federais via convênios para a estruturação de serviços de radioterapia, tais como os estados de Minas Gerais e do Pará.

Apesar disso, percebe-se que os critérios para seleção dos hospitais devem ser aprimorados, sobretudo porque há a necessidade de substituir estabelecimentos que foram excluídos do Plano de Expansão. Quanto às fragilidades relacionadas à seleção dos hospitais, ocorreram situações em que os estabelecimentos foram selecionados sem que tivessem condições técnicas para receberem as soluções de radioterapia, acarretando sua exclusão do Plano de Expansão anos depois do processo de seleção. Como exemplo de situações que inviabilizaram a implantação das soluções, destacam-se a existência de convênios com o mesmo objeto, a inexistência de demanda por novos

tratamentos radioterápicos na região e a inexistência de terreno adequado. Destaca-se também que os critérios originalmente adotados para a seleção dos hospitais conferiam pouca relevância à natureza jurídica dos potenciais beneficiados, permitindo que 55% dos hospitais selecionados fossem de natureza privada.

2.2. Análises acerca da implementação das soluções de radioterapia e da execução do Contrato nº 134/2013

A previsão inicial era de que as 80 soluções de radioterapia seriam entregues até o ano de 2015. Convém destacar que essa previsão inicial era tecnicamente inviável, uma vez que se todas as etapas fossem executadas sem atrasos, as 80 soluções de radioterapia deveriam ser entregues até dezembro de 2016. Mesmo assim, o que se percebe é que ocorreram atrasos significativos na execução do Plano de Expansão, já que a primeira solução somente foi entregue em novembro de 2016 e somente outras três foram entregues até agosto de 2017.

Se mantidas as médias de tempos observadas em cada fase, as 80 soluções de radioterapia somente serão entregues após o ano de 2020. Em suma, as seguintes fases são as mais críticas para o atraso no Plano de Expansão: (i) entrega dos projetos básicos e executivos das obras; (ii) aprovação dos projetos básicos e executivos das obras; (iii) publicação dos editais das obras; (iv) homologação dos processos licitatórios; (v) execução das obras e (vi) instalação dos equipamentos de radioterapia.

Uma das principais causas identificadas que perpassa diversas fases é a baixa qualidade dos projetos básicos e executivos apresentados pela empresa contratada no âmbito do Contrato nº 134/2013. Também merecem destaque as intercorrências durante a execução das obras, que vão desde a não disponibilização de terreno pelo hospital até o distrato de contratos por parte das empreiteiras.

Também há causas de competência do Ministério da Saúde, como é o caso da demora para a aprovação dos projetos básicos e executivos e para a publicação dos editais de licitação das obras. Destaca-se que, durante os trabalhos de campo, foram identificadas iniciativas do Ministério da Saúde voltadas a sanar as falhas ocorridas e aprimorar as fases do Plano de Expansão, com destaque para o mapeamento de processos e para os ajustes nos termos de referência das obras.

Apesar dos grandes atrasos em relação ao objeto originalmente contratado, o Ministério da Saúde estuda a possibilidade de aumentar a quantidade de aceleradores lineares adquiridos no âmbito do Contrato nº 134/2013, chegando a 100 equipamentos. Essa hipótese apresenta riscos de incorrer em ilegalidades relacionadas à vinculação do contrato ao processo licitatório, além dos riscos de que as soluções contratadas não sejam integralmente implementadas.

2.3. Análises sobre os impactos do Plano de Expansão da Radioterapia e sobre a continuidade dos serviços

O Ministério da Saúde adota o parâmetro de que cada equipamento deve produzir o equivalente a 43.000 campos de radioterapia por ano, ou seja, quando as 80 soluções estiverem implementadas, a expectativa é de que elas sejam responsáveis por 3.440.000

campos irradiados. Para ilustrar a dimensão, no ano de 2016 foram produzidos o equivalente a 9.100.000 campos de radioterapia no SUS, ou seja, espera-se que com a implementação do Plano de Expansão a oferta total de tratamentos de radioterapia no SUS aumente em mais de 30%.

Nesse contexto, a expectativa do Ministério da Saúde é de que a maior parte da demanda reprimida por procedimentos de radioterapia no Brasil seja eliminada quando todos os serviços do Plano de Expansão estiverem implementados. Entretanto, até o primeiro semestre de 2017, somente 4 soluções (5%) foram entregues, o que prejudica as análises sobre os impactos efetivos do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS. Ainda assim é possível verificar que a instalação das soluções não garante, por si só, o aumento na oferta de procedimentos de radioterapia no município ou região. Essa possibilidade deve ser combatida pelo Ministério da Saúde com o uso das ferramentas disponíveis, tais como a remuneração dos procedimentos e a contratualização de estabelecimentos de saúde.

Acerca desses mecanismos, percebe-se que não há tratamento diferenciado para custeio dos procedimentos realizados com equipamentos do Plano de Expansão, apesar de todos os custos para sua implantação serem arcados pela União. Também não há mecanismos suficientes para garantir que tais procedimentos serão realizados prioritariamente a pacientes do SUS, podendo ocorrer sua apropriação pela iniciativa privada.

Quanto ao financiamento federal desses procedimentos, o Ministério da Saúde transfere cerca de R\$ 1,7 milhão por ano para cada serviço já entregue. Mantida essa métrica, os 80 serviços do Plano de Expansão implicarão em cerca de R\$ 136 milhões por ano de transferências federais para Estados e Municípios. Ressalta-se que essas transferências são por tempo indeterminado e os valores podem ser ajustados, para mais ou para menos, com base no quantitativo de procedimentos efetivamente ofertados e em eventuais alterações de valores da Tabela SUS.

Outro aspecto de destaque relacionado aos impactos do Plano de Expansão é a sua implicação no setor econômico da radioterapia. De acordo com informações do Ministério da Saúde, existem cerca de 283 aceleradores lineares instalados no Brasil. Os principais fabricantes desses aparelhos existentes são a Varian, a Elekta e a Siemens, sendo que recentemente esse mercado tem sido comandado pelas duas primeiras empresas.

Com a instalação das 80 soluções de radioterapia, a Varian se consolidará como a principal fornecedora desse tipo de equipamento no país, inclusive com a instalação da única fábrica desse segmento na América Latina. Uma consequência desse domínio do mercado nacional é que, mesmo havendo empresas especializadas em manutenção de aceleradores lineares, a Varian tenderá a exercer forte influência nos preços praticados nos serviços de manutenção e reposição de peças.

Considerando a característica do Plano de Expansão de centralizar as principais ações necessárias para sua implantação, cabe ao Ministério da Saúde gerenciar o risco de distorções nos preços praticados nas despesas com manutenção desses equipamentos após sua instalação.

2.4. Recomendações

Em decorrência dos achados de auditoria, foram formuladas recomendações voltadas a aprimorar a execução do Plano de Expansão, corrigir as irregularidades identificadas e gerenciar os riscos que podem prejudicar o alcance dos objetivos dessa política. Seguem as recomendações conforme a unidade do Ministério da Saúde responsável:

- **Recomendações destinadas à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS)**

- Adotar as medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais empregados em despesas relativas a estabelecimentos excluídos do Plano de Expansão da Radioterapia, instaurando Tomada de Contas Especiais quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da IN/TCU nº 71/2012, e inscrevendo o estabelecimento no Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.

- Adotar as medidas voltadas à aplicação das penalidades cabíveis em decorrência do descumprimento dos prazos para a entrega dos projetos básicos de arquitetura no âmbito do Contrato nº 134/2013.

- Adotar as medidas voltadas à aplicação das penalidades cabíveis em decorrência do descumprimento dos prazos para a entrega dos projetos executivos no âmbito do Contrato nº 134/2013.

- Apurar se houve descumprimento contratual por parte da empresa *Varian Medical System* no que diz respeito à adequação dos projetos básicos de arquitetura e projetos executivos no âmbito do Contrato nº 134/2013 e adotar as medidas cabíveis.

- Formalizar acordos com os órgãos de vigilância sanitária e com a Comissão Nacional de Energia Nuclear visando otimizar os processos relacionados ao Plano de Expansão da Radioterapia nesses órgãos.

- Instituir mecanismos para reduzir o tempo para a publicação do edital e para a homologação da licitação das obras do Plano de Expansão da Radioterapia.

- Adotar medidas voltadas à aplicação das penalidades cabíveis às empreiteiras em decorrência do descumprimento de contratos para construção de *bunkers* que resultaram no cancelamento de contratos e conseqüente paralisação das obras no âmbito do Plano de Expansão da Radioterapia.

- Notificar os hospitais participantes do Plano de Expansão da Radioterapia acerca da necessidade de manter o terreno sem impedimentos tão logo ocorra a respectiva publicação do edital para a obra.

- Revisar o cronograma financeiro das obras do Plano de Expansão de modo a diminuir os impactos negativos no fluxo de caixa das empreiteiras contratadas decorrentes da vinculação do pagamento ao comissionamento do acelerador linear.

- Promover pesquisa de mercado sobre os principais equipamentos a serem instalados nos *bunkers* do Plano de Expansão, no intuito de subsidiar as licitantes quanto a preços, prazos de entrega, fornecedores, dentre outros aspectos que podem impactar no cronograma da obra.

- Formalizar acordos com gestores dos estabelecimentos participantes do Plano de Expansão para que esses atuem ativamente nos processos de construção dos *bunkers*, conforme as capacidades e necessidades de cada situação.
- Avaliar se a centralização pelo Ministério da Saúde das obras para construção dos *bunkers* representa o modelo mais adequado para o objetivo do Plano de Expansão, considerando principalmente os preços praticados e a necessidade de fiscalização constante das obras. Utilizar as conclusões dessa avaliação na definição de estratégias futuras semelhantes à atualmente adotada.
- Adiantar o processo de levantamento da documentação necessária para viabilizar a importação dos aceleradores lineares do Plano de Expansão, visando sanar eventuais pendências ainda durante a execução das obras.
- Notificar os hospitais participantes do Plano de Expansão da Radioterapia acerca da documentação necessária para a importação do acelerador linear tão logo ocorra a respectiva publicação do edital para a obra.
- Apurar se houve descumprimento contratual por parte da empresa *Varian Medical System* no que diz respeito ao prazo para a instalação dos aceleradores lineares no âmbito do Contrato nº 134/2013 e adotar as medidas cabíveis.
- Estabelecer um prazo factível para a vigência do Contrato nº 134/2013 e submeter para a avaliação jurídica a possibilidade de celebrar Termos Aditivos a esse contrato com prazo superior a doze meses.
- Submeter para a avaliação jurídica a possibilidade de celebração de termo aditivo para aquisição de somente parte do objeto licitado (acelerador linear) no âmbito do Contrato nº 134/2013, considerando os riscos apontados nesse relatório.

- **Recomendações destinadas à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS)**

- Estabelecer, de forma detalhada, e dar transparência aos critérios para substituição dos hospitais participantes do Plano de Expansão da Radioterapia, mantendo, sempre que possível, a vinculação territorial entre o hospital substituto e o hospital excluído.
- Conferir maior importância ao critério referente à natureza jurídica dos estabelecimentos, de modo a priorizar a seleção de estabelecimentos públicos para a participação no Plano de Expansão da Radioterapia.
- Considerar a efetiva oferta de procedimentos de radioterapia de todos os estabelecimentos geridos pelo ente federado ao calcular o impacto financeiro no Teto MAC decorrente da instalação do equipamento do Plano de Expansão da Radioterapia.
- Instituir mecanismos para que a produção ambulatorial informada no SIA/SUS indique qual equipamento de radioterapia registrado no CNES foi utilizado no procedimento.
- Não incluir, no Plano de Expansão da Radioterapia, hospitais que realizem procedimentos de radioterapia em quantitativo inferior ao previsto em sua habilitação prévia para serviços radioterápicos.
- Instituir regras específicas para a contratação e a remuneração dos serviços de radioterapia realizados por estabelecimentos privados com equipamentos do Plano de

Expansão, considerando os custos arcados pela União para aquisição e instalação desses equipamentos.

- Avaliar a adequabilidade e a legalidade da segmentação da regra de destinação mínima ao SUS e submeter o tema para deliberação nas instâncias competentes, tais como Consultoria Jurídica (CONJUR/AGU).

3. Conclusão

O Plano de Expansão da Radioterapia é uma das principais políticas públicas executadas pelo Ministério da Saúde na área de oncologia nos últimos anos. Tem como objetivo ampliar a oferta de tratamentos contra o câncer no SUS por meio da implantação de serviços de radioterapia em hospitais públicos e privados habilitados em oncologia.

Essa auditoria tem como objetivo avaliar se o Plano de Expansão está contribuindo para a ampliação da oferta de serviços de radioterapia no Brasil. Para tanto, foram aplicadas técnicas de auditoria com o objetivo de responder às questões elaboradas durante a fase de planejamento dos trabalhos. Seguem as respostas a tais questões com base nas informações coletadas e nos achados de auditoria contidos nesse relatório.

Subquestão 1: Os critérios utilizados para a seleção dos Hospitais estão alinhados às diretrizes da Política Nacional de Combate ao Câncer?

Uma característica importante do Plano de Expansão da Radioterapia é a contemplação de localidades que historicamente receberam pouco ou nenhum investimento federal na área de oncologia, sobretudo para atendimentos radioterápicos.

Entretanto, verificou-se que a seleção dos hospitais consiste em um dos principais pontos críticos do Plano de Expansão da Radioterapia. Os critérios utilizados para a seleção inicial dos 80 estabelecimentos não foram suficientes para priorizar a implantação das soluções em hospitais públicos. Em decorrência disso, 55% dos hospitais originalmente selecionados são filantrópicos, o que exige do Ministério da Saúde a adoção de providências no sentido de assegurar o adequado funcionamento dos serviços implantados nesses estabelecimentos.

Além disso, as falhas do Ministério da Saúde nesse processo incorreram na seleção de hospitais que não possuíam condições de participar do Plano de Expansão, o que levou à exclusão ou suspensão de aproximadamente 30% dos estabelecimentos. Sobre esse aspecto, não houve a substituição tempestiva dos hospitais excluídos, tampouco a definição sobre os novos critérios a serem utilizados nesses casos, o que agravou o atraso na execução do Plano de Expansão e acarretou prejuízos financeiros à União, além do impacto negativo na assistência oncológica no SUS.

Subquestão 2: As diretrizes do Plano de Expansão asseguram a continuidade e a adequação dos serviços de radioterapia no SUS após a instalação das soluções?

Verificou-se que os instrumentos adotados pelo Ministério da Saúde no âmbito do Plano de Expansão não são suficientes para garantir a continuidade da assistência em saúde após a implantação das soluções. Um aspecto importante diz respeito à inexistência de regra específica para o financiamento federal dos procedimentos realizados com equipamentos do Plano de Expansão, permitindo que os estabelecimentos de saúde se apropriem dos custos incorridos com a implantação desses equipamentos.

Além disso, as diretrizes do Plano de Expansão permitem que parte dos tratamentos realizados com os equipamentos instalados pela União seja ofertado à iniciativa privada, retomando o risco de apropriação indevida pelos hospitais beneficiados. Na prática, a metodologia de monitoramento da execução dos serviços por meio dos sistemas de informações oficiais do SUS permite que tais equipamentos sequer sejam utilizados no SUS, uma vez que não há vinculação da produção ao respectivo equipamento utilizado.

Ainda sobre a continuidade dos serviços, cumpre destacar a tendência de forte dependência dos gestores do SUS à empresa fornecedora do Plano de Expansão durante a vida útil dos equipamentos instalados, incorrendo no risco de desequilíbrios nos preços dos serviços de manutenção e das peças de reposição.

Subquestão 3: O Plano de Expansão foi executado de acordo com o cronograma previsto?

O Plano de Expansão da Radioterapia está em atraso significativo. A previsão inicial era de que todas as soluções de radioterapia seriam entregues até o final de 2015. Numa perspectiva mais conservadora, infere-se que o Plano poderia ser concluído até o final de 2016 caso todas as etapas ocorressem dentro do esperado.

Entretanto, ocorreram atrasos em praticamente todas as etapas do Plano, com destaque para a etapa de elaboração dos projetos básicos e executivos das obras para a construção dos *bunkers*, bem como para a etapa de aprovação desses instrumentos. Outras fases com atrasos significativos são a de licitação para a seleção das empreiteiras e a de execução das obras.

Por conta desses atrasos, somente 4 das 80 soluções previstas haviam sido entregues até o primeiro semestre de 2017, o que prejudica o acesso da população ao tratamento radioterápico no SUS. Considerando o parâmetro de que cada equipamento atende 600 casos novos de câncer por ano, cada ano de atraso no Plano de Expansão representa mais de 45.000 pacientes sem acesso ao devido tratamento no SUS.

Subquestão 4: As ações do Plano de Expansão resultam em aumento da oferta de tratamentos radioterápicos no SUS?

Considerando que somente 4 soluções foram entregues até o primeiro semestre de 2017, o impacto do Plano de Expansão na oferta de tratamentos em nível nacional ainda é mínimo. Em análise aos dados de produção ambulatorial nessas localidades, verificou-se que a implantação da solução não é suficiente para garantir por si só o aumento na oferta de tratamentos na região, o que reforça a

necessidade de adoção de estratégias relacionadas à continuidade desses serviços.

Uma das estratégias nesse sentido é o monitoramento da produção ambulatorial do conjunto de estabelecimentos sob a mesma gestão do SUS, uma vez que a instalação do equipamento do Plano de Expansão pode acarretar em diminuição da produtividade dos equipamentos anteriormente instalados. A principal ferramenta disponível ao Ministério da Saúde como contrapartida à oferta desses procedimentos é a gestão do Teto MAC. Sobre esse aspecto, verificou-se que os valores transferidos pelo Ministério da Saúde para o custeio dos tratamentos radioterápicos no âmbito do Plano de Expansão não estão alinhados à efetiva oferta total desses procedimentos no município beneficiado.

Em síntese, o Plano de Expansão da Radioterapia consiste em uma estratégia fundamental para a ampliação da oferta de tratamentos contra o câncer no SUS frente à crescente demanda por esse tipo de procedimento. Entretanto, os atrasos nas diversas fases do Plano de Expansão impactam negativamente o acesso da população aos serviços de radioterapia. Foram identificadas diversas impropriedades durante a implantação das soluções de radioterapia nos hospitais selecionados, inclusive com prejuízos financeiros à União. Além disso, foram identificadas falhas quanto aos mecanismos adotados pelo Ministério da Saúde para garantir a adequada continuidade dos serviços a serem instalados.

O Ministério da Saúde tem adotado providências destinadas a aprimorar aspectos que prejudicaram a implantação das soluções de radioterapia, o que deve implicar em aumento da quantidade de soluções entregues nos próximos meses. Ainda assim, restam aspectos que carecem de melhorias nos processos de instalação dos equipamentos, conforme contido nas recomendações desse relatório. Além disso, há recomendações destinadas a gerenciar os riscos de que o Plano de Expansão não alcance seus objetivos de forma satisfatória, sobretudo considerando os cenários após as entregas das soluções de radioterapia.

Brasília/DF, 21 de março de 2018.

Relatório supervisionado e aprovado por:

Coordenador-Geral de Auditoria da Área de Saúde

Ordem de Serviço nº 201701503

1 ASSIST. AMBULAT. E HOSPITALAR ESPECIALIZADA

1.1 APER.,AVAL. E DESEN. AÇÕES E SERV. ONCOLOGIA

1.1.1 APER.,AVAL. E DESEN. AÇÕES E SERV. ONCOLOGIA

1.1.1.1 INFORMAÇÃO

Informação sobre as etapas do Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde - SUS

Fato

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, o número de mortes no Brasil em decorrência do câncer aumentou 31% desde 2000 e chegou a 223,4 mil pessoas por ano no final de 2015. Os dados apontam que, no início do século, 152 mil brasileiros morriam de câncer por ano. Ao final de 2015, essa taxa chegou a 223,4 mil. Atualmente, o câncer é a segunda causa de mortes por doenças no país, superado apenas por doenças cardiovasculares, o que reforça a magnitude do problema do câncer no Brasil.

Diante desses dados, é inquestionável que o combate ao câncer merece foco e atenção do poder público na busca por melhores práticas de prevenção e tratamento. Nesse contexto, revela-se a necessidade de aumentar a oferta de tratamento oncológico em diversas regiões do país, sobretudo dos tratamentos radioterápicos, que são aqueles mais intensivos em tecnologia e que possuem custos mais elevados.

Sendo assim, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 931, de 10 de maio de 2012, instituiu o Plano de Expansão de Radioterapia no SUS, com o objetivo de ampliar os serviços de radioterapia nos hospitais habilitados em oncologia, em consonância com os vazios assistenciais e as demandas regionais de assistência oncológica no país. Para atingir os objetivos do Plano de Expansão, o Ministério da Saúde planejou fornecer 80

soluções de radioterapia aos hospitais habilitados em oncologia no SUS, sendo 39 em hospitais que já ofertam radioterapia (projetos de ampliação do serviço) e 41 em hospitais que não possuem serviço de radioterapia instalados (projetos de criação de serviço).

De acordo com o Ministério da Saúde, cada solução radioterápica (acelerador linear) atende, em média, 600 casos novos de câncer/ano. Sendo assim, o Plano de Expansão na magnitude em que foi inicialmente planejado possibilitaria o atendimento anual de 48.000 casos novos de câncer no país.

Para dar prosseguimento ao planejado, o Ministério da Saúde realizou a maior compra pública de aceleradores lineares (80 soluções de radioterapia) com investimento previsto no total de aproximadamente R\$ 505 milhões, sendo: R\$ 119,9 milhões (equipamentos, projetos e fiscalizações) e R\$ 385 milhões para obras.

Nesta linha, o Ministério da Saúde selecionou 80 hospitais para participar do Plano de Expansão, conforme critérios definidos na Portaria nº 931/2012. Após a seleção dos hospitais, foi realizado o Pregão Presencial nº 11/2013, que resultou no Contrato nº 134/2013, firmado com a empresa norte-americana Varian Medical Systems, fabricante mundial de dispositivos médicos, e de software de tratamento de câncer, no valor de R\$ 119.990.000,00.

O objeto do Contrato nº 134/2013, que possui 4 termos aditivos, é a implementação das soluções de radioterapia, compreendendo aquisição de equipamentos, elaboração de projetos básicos de arquitetura e projetos executivos, e apoio a fiscalização e supervisão da execução das obras. Além disso, também está previsto no contrato uma compensação tecnológica através da instalação de uma fábrica de aceleradores lineares no Brasil pela Varian. O objetivo principal é o de compartilhar experiências com os fornecedores no Brasil e promover a transferência tecnológica para cinco instituições científicas brasileiras. Essa parte específica da compensação tecnológica do Plano de Expansão não será abordada nesse relatório.

Para acompanhar a execução do Plano de Expansão de Radioterapia, a Portaria nº 931/2012 instituiu um Comitê Gestor composto pelos seguintes membros: Secretário Executivo do Ministério da Saúde (SE), que o coordenará; Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS); Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE); e Diretor-Geral do Instituto Nacional de Câncer (INCA/SAS).

Em adição, foi instituído o Comitê Executivo do Plano de Expansão com a seguinte composição: *Gerência de Projeto*, exercida pela Coordenação-Geral de Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde (CGEMS/DECIIS/SCTIE/MS), com apoio do DAE/SAS/MS e do INCA/SAS/MS; *Apoio Logístico*, exercido em conjunto pela SAA/SE/MS, pelo DLOG/SE/MS e pela Secretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/SE/MS), no âmbito de suas competências; e *Coordenação Técnica*, exercida pelo INCA/SAS/MS.

Para fins de sistematização das análises quanto à execução do Plano de Expansão da Radioterapia nessa auditoria, dividiu-se o Plano em 12 Fases, conforme descrito abaixo:

FASE 1 – CONTRATAÇÃO VARIAN
FASE 2 – ENTREGA DO PROJETO BÁSICO - PB
FASE 3 – APROVAÇÃO DO PROJETO BÁSICO - PB
FASE 4 – ENTREGA DO PROJETO EXECUTIVO - PE
FASE 5 – APROVAÇÃO DO PROJETO EXECUTIVO - PE
FASE 6 – INÍCIO DA LICITAÇÃO
FASE 7 – LICITAÇÃO/HOMOLOGAÇÃO
FASE 8 – CONTRATAÇÃO EMPREITEIRA
FASE 9 – INÍCIO DA OBRA
FASE 10 – EXECUÇÃO DA OBRA
FASE 11 – INSTALAÇÃO E FUNCIONAMENTO ACELERADOR LINEAR
FASE 12 – ATENDIMENTO À POPULAÇÃO DO SUS

FASE 1 – CONTRATAÇÃO VARIAN:

Essa fase representa o período entre a assinatura dos termos de adesão com os hospitais selecionados, realizadas em novembro de 2012, e a assinatura do Contrato nº 134/2013, realizada em dezembro de 2013. Nesse ínterim, ocorreu realização de audiência pública do termo de referência da licitação, e realização do Pregão Presencial nº 11/2013.

FASE 2 – ENTREGA DO PROJETO BÁSICO:

A fase de entrega dos projetos básicos marca o início da execução do contrato com a empresa Varian. O Contrato nº 134/2013 definiu prazos para a entrega dos 80 projetos básicos relativos às obras a serem executadas. Esses prazos foram divididos em etapas, contados a partir da emissão da ordem de serviço e mediante entrega do cronograma de execução. O prazo inicialmente previsto para essa fase seria de 10 meses após a assinatura do contrato.

FASE 3 – APROVAÇÃO DO PROJETO BÁSICO – PB:

Após encaminhamento do projeto básico ao Ministério da Saúde, sua aprovação depende, além da aprovação do Ministério da Saúde, de parecer favorável das Vigilâncias Sanitárias estaduais (Visas), responsáveis pela avaliação da adequação à legislação e normativas sanitárias, e de parecer da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), responsável por avaliar a adequação do projeto de proteção radiológica.

O fluxo de aprovação do projeto básico inicia-se com a análise do Ministério da Saúde acerca dos aspectos relacionados à arquitetura, e, após aprovação desse quesito, segue-se para análises das partes elétrica, mecânica e civil com análise orçamentária; e paralelamente o projeto é encaminhado para a VISA e CNEN.

Os prazos máximos para cada instância responsável por analisar os projetos básicos, é de 40 dias para o Ministério da Saúde; até 90 dias para a VISA, conforme disposto no artigo 10º da RDC 189/2003; e 60 dias para a CNEN. Nos casos em que houver reanálises para correções de falhas nos projetos, o prazo para correção da empresa é de 15 dias consecutivos limitados a 2 reanálises.

De acordo com o cronograma do Plano de Expansão o tempo médio para aprovação total do projeto básico, após passar pelas 3 instâncias mencionadas, seria de 75 dias.

FASE 4 – ENTREGA DO PROJETO EXECUTIVO – PE:

Após a aprovação do projeto básico de arquitetura, a empresa Varian tem o prazo de 12 dias para entregar o projeto executivo nos casos de projetos do tipo ampliação e 30 dias para os tipos criação de serviços.

FASE 5 – APROVAÇÃO DO PROJETO EXECUTIVO – PE:

A análise e aprovação do projeto executivo ocorre apenas no âmbito do Ministério da Saúde. O tempo médio previsto no cronograma do Plano é de 30 dias para essa fase.

FASE 6 – INÍCIO DA LICITAÇÃO:

Após aprovação do projeto executivo, o Ministério da Saúde inicia a elaboração do termo de referência para publicação de edital de licitação para a contratação de empreiteira para construção do *bunker* no hospital.

O setor responsável por essa fase é o Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DECIIS/SCTIE), que elabora o termo de referência que será encaminhado à Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA/SE), unidade responsável pela licitação.

O tempo médio previsto para dar início a fase interna da licitação, após aprovação do projeto executivo, é de 30 dias.

FASE 7 – LICITAÇÃO/HOMOLOGAÇÃO:

Essa fase refere-se à fase externa de licitação, que se inicia com a publicação do edital e termina na homologação da licitação. O tempo previsto é de 45 dias para a licitação e 45 dias para a homologação.

As licitações são conduzidas pela Coordenação Geral de Material e Patrimônio da Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde no formato de Regime Diferenciado de Contratação (RDC), empreitada por preço unitário, tendo como critério de julgamento o menor preço global.

FASE 8 – CONTRATAÇÃO EMPREITEIRA:

Após a licitação, ocorre a assinatura do contrato com a empreiteira que executará as obras. O tempo médio previsto para essa fase é de 30 dias a partir da homologação da licitação.

FASE 9 – INÍCIO DA OBRA:

Com a assinatura do contrato, segue-se o prazo para início da obra. O tempo médio previsto para essa fase é de 30 dias.

FASE 10 – EXECUÇÃO DA OBRA:

Essa fase refere-se à execução da obra pela empreiteira contratada. A previsão é de 270 dias para obras do tipo ampliação e 365 dias para obras do tipo criação de serviços.

FASE 11 – INSTALAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO ACELERADOR LINEAR:

Com a obra concluída, a empresa Varian é responsável pelo fornecimento e instalação do acelerador linear. Nesse processo, são necessárias algumas etapas que foram definidas no cronograma do Plano com os seguintes prazos:

1. Instalação do acelerador linear - 45 dias;
2. Comissionamento - 7 dias;

3. Licença de Operação (CNEN +ANVISA) - 1 dia;
4. Treinamento - 45 dias;
5. Licença de operação (CNEN +ANVISA) - 3 dias;
6. Operação - 1 dia; e
7. Inauguração - 15 dias.

O prazo médio total para a FASE 11 é de 117 dias, compreendido entre a conclusão da obra e o início do funcionamento do equipamento.

FASE 12 – ATENDIMENTO À POPULAÇÃO DO SUS:

Após a instalação do acelerador linear, os hospitais se comprometem a assegurar as boas condições das instalações e o correto funcionamento do acelerador para atender integralmente à população do SUS. No caso dos hospitais filantrópicos, o serviço de radioterapia deverá disponibilizar 60% dos atendimentos ao SUS.

Essa fase corresponde aos riscos de o Plano de Expansão de Radioterapia não atingir seu objetivo principal de fornecer os serviços de radioterapia à população do SUS, além dos riscos de descontinuidade do Plano.

Com base nas previsões de tempo fornecidas pelo Ministério da Saúde, foi possível verificar que o tempo total planejado para executar essa parte do Plano de Expansão, (fases 1 a 11), foi de aproximadamente 2,7 anos para as obras do tipo ampliação e 3 anos para as obras de criação de serviço, conforme demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 02: Previsão de tempo gasto em cada fase do Plano de Expansão:

FASES	PRAZOS (ampliação)	PRAZOS (criação)
1 – CONTRATAÇÃO VARIAN	Início	Início
2 – ENTREGA DO PROJETO BÁSICO - PB	300 dias	300 dias
3 – APROVAÇÃO DO PROJETO BÁSICO - PB	75 dias	75 dias
4 – ENTREGA DO PROJETO EXECUTIVO - PE	12 dias	30 dias
5 – APROVAÇÃO DO PROJETO EXECUTIVO - PE	30 dias	30 dias
6 - INÍCIO DA LICITAÇÃO	30 dias	30 dias
7 - LICITAÇÃO/HOMOLOGAÇÃO	90 dias	90 dias
8 – CONTRATAÇÃO EMPREITEIRA	30 dias	30 dias
9 – INÍCIO DA OBRA	30 dias	30 dias
10 – EXECUÇÃO DA OBRA	270 dias	365 dias
11 – FUNCIONAMENTO ACCELERADOR LINEAR	117 dias	117 dias
12 – ATENDIMENTO À POPULAÇÃO DO SUS	-	-
TOTAL	984 dias (2,7 anos)	1.097 dias (3 anos)

Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde.

As constatações contidas nesse relatório relacionadas a atrasos na implantação do Plano de Expansão têm como parâmetro as fases e os prazos descritos acima.

1.1.1.2 CONSTATAÇÃO

Exclusões de estabelecimentos selecionados no Plano de Expansão de Radioterapia, com riscos de prejuízos no montante mínimo de R\$ 287.681,35.

Fato

Antes da celebração do Contrato nº 143/2013, o Ministério da Saúde selecionou 80 hospitais para participar do Plano de Expansão de Radioterapia. Atualmente, 13 desses hospitais já foram excluídos do Plano e 10 estão suspensos por determinação do Comitê Executivo. Desses suspensos, o Ministério da Saúde informa que pelo menos 2 serão excluídos do Plano, conforme informado no Despacho SEI - 0691162 CGEMS/DECIIS/SCTIES/MS, de 28 de setembro de 2017.

Esses dados indicam que pelo menos 20% dos hospitais (15 hospitais) estarão excluídos do Plano de Expansão de Radioterapia durante a execução do Contrato nº 134/2013. Desses excluídos, 10 hospitais (66,6%) alcançaram a fase de elaboração de projetos básicos e/ou executivos, o que acarretou despesas ao Ministério da Saúde no pagamento destes projetos, que não serão mais úteis devido à exclusão dos hospitais do Plano.

Nesse contexto, a Cláusula Terceira do Contrato nº 134/2013 indica os preços referentes à elaboração de projetos básicos e executivos do Plano de Expansão de Radioterapia, sendo R\$ 18.463,28 para os projetos de obras de ampliação, R\$ 74.353,29 para os projetos de obras de construção sem braquiterapia e R\$ 81.610,77 para os projetos de obras de construção com braquiterapia.

Além disso, a Cláusula Quinta dos Termos de Adesão firmados entre os hospitais e o Ministério da Saúde, dispõe que a desistência do hospital do Plano de Expansão implicará em ressarcimentos ao Ministério da Saúde de todos os custos realizados, inclusive eventuais indenizações suportadas pelo Ministério. Ressalta-se que a desistência do hospital acarreta sua exclusão do Plano de Expansão pelo Ministério da Saúde.

No Quadro 05 a seguir, encontra-se relação dos hospitais excluídos dos quais houve a entrega dos projetos básicos e executivos e o prejuízo decorrente das despesas com tais projetos, com base na Cláusula Terceira do Contrato nº 134/2013:

Quadro 05: Relação de hospitais excluídos do Plano de Expansão de Radioterapia após a entrega dos projetos básicos e executivos e respectivo prejuízo.

ID	HOSPITAIS	PREJUÍZO
A29	Hospital da Santa Casa de Caridade de Uruguaiana/RS	R\$ 18.463,28
A34	Hospital do Câncer A. C Camargo/SP	R\$ 18.463,28
C71	Hospital Regional de Assis/SP	R\$ 74.353,29
TOTAL:		R\$ 111.279,85

Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

Além dos hospitais acima, em outros sete casos houve a entrega somente dos projetos básicos. Ressalta-se, que o contrato prevê o valor de entrega de projeto (básico + executivo), não prevendo valores de maneira individualizada. Para esses casos, pode-se adotar a estimativa de que metade do valor total pago se refere aos projetos básicos.

Ressalta-se que se trata de uma estimativa conservadora, uma vez que o preço dos projetos básicos tende a ser sensivelmente superior ao dos projetos executivos. O quadro a seguir contém a estimativa de prejuízo com base nessa proporção.

Quadro 06: Relação de hospitais excluídos do Plano de Expansão de Radioterapia e após a entrega dos projetos básicos e estimativa de prejuízo.

ID	HOSPITAIS	ESTIMATIVA DE PREJUÍZO
A09	Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Belo IMOAB/MA	R\$ 9.231,64
A11	Hospital Evangélico Dr. Sra. Goldby King/Associação Beneficente Douradense/MS	R\$ 9.231,64
A28	Hospital da Fundação/São Leopoldo-Centenário/RS	R\$ 9.231,64
C42	Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro - Porto Velho/RO	R\$ 37.176,65
C64	Hospital São Vicente de Paulo/RS	R\$ 37.176,65
C65	Hospital Regina /Associação Congregação de Santa Catarina/RS	R\$ 37.176,65
C66	Nossa Senhora da Conceição/Ministério da Saúde/RS	R\$ 37.176,65
TOTAL:		R\$ 176.401,50

Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

De acordo com as informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, não houve a entrega de projetos básicos ou executivos dos seguintes hospitais excluídos do Plano de Expansão: Hospital São Marcos/Sociedade Piauiense Combate ao Câncer/PI, Hospital de Referência de Araguaína/TO, Hospital dos Servidores do Estado/Ministério da Saúde/RJ, Hospital de Caridade São Braz de Porto União/SC, e Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo/SP.

Dessa forma, estima-se um prejuízo de pelo menos R\$ 287.681,35 decorrentes das despesas com projetos básicos e executivos dos hospitais excluídos do Plano de Expansão.

Sendo assim, visando apurar os custos dispendidos até o momento da exclusão dos Hospitais, o Ministério da Saúde instaurou processos administrativos com essa finalidade. A relação dos hospitais excluídos e dos processos administrativos instaurados é apresentada no quadro a seguir.

Quadro 07: Relação de Hospitais Excluídos do Plano de Expansão de Radioterapia e respectivos Processos Administrativos.

ID	Hospitais	Processo Administrativo
C42	Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro/RO	SIPAR 25000.059661/2017-29
C64	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta) /RS	SIPAR 25000.059677/2017-31
C65	Hospital Regina - Associação Congregação de SC/SC	SIPAR 25000.059666/2017-51
C79	Hospital Central da SCM de São Paulo/SP	SIPAR 25000.059689/2017-66
A29	Hospital da Santa Casa de Caridade de Uruguaiana/RS	SIPAR 25000.059681/2017-08
A28	Hospital Centenário de São Leopoldo/RS	SEI 25000.443085/2017-02
C66	Hospital Nossa Senhora da Conceição/RS	SEI 25000.443079/2017-47
C71	Hospital Regional de Assis/SP	SEI 25000.442518/2017-02

A09	Instituto de Maranhense de Oncologia Aldenora Belo	SEI 25000.442396/2017-46
A11	Hospital Evangélico Sra. Goldby King/MS	SEI 25000.442467/2017-19
A17	Hospital de Referência de Araguaína/TO	SEI 25000.443040/2017-20
A15	Hospital São Marcos – PI	SEI 25000.443103/2017-48
A30	Hospital Estadual dos Servidores do Rio de Janeiro/RJ	SEI 25000.442567/2017-37

Total: 13 Hospitais Excluídos

Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

Além dos prejuízos decorrentes das exclusões de hospitais, cumpre ressaltar que 10 hospitais estão suspensos do Plano de Expansão, sendo que pelo menos 2 deverão ser excluídos. O quadro a seguir relaciona os hospitais suspensos.

Quadro 08: Relação de Hospitais Suspensos do Plano de Expansão de Radioterapia

ID	Hospitais
C58	Hospital Universitário Evangélico de Curitiba/PR
C61	Hospital São José/Teresópolis/RJ
A34	Hospital do Câncer A.C C Camargo/SP*
C75	Hospital Regional do Vale da Ribeira – Pariqueraçu/SP
A33	Hospital da Santa Casa de Misericórdia Dona Carolina Malheiros/SP
C52	Santa Casa de Misericórdia de Anápolis/GO
C69	Hospital de Caridade São Braz de Porto União/SC*
C59	Hospital de Caridade São Vicente de Paulo/Guarapuava/PR
C68	Hospital Universitário Santa Terezinha/SC
C49	Hospital Universitário Walter Cantídio – UFCE/CE

Total: 10 Hospitais Suspensos

Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

* Hospitais que serão excluídos

Em que pese o Ministério da Saúde ter instaurado processos administrativos para obtenção de ressarcimentos, verificou-se que essa instauração foi tardia, ocorrendo apenas em 2017. Além disso, a oficialização das exclusões dos hospitais, ocorridas em 15/01/2015 (04 hospitais) e em 07/06/2017 (09 hospitais), também foram tardias, uma vez que havia pedidos de exclusão solicitados pelo próprio hospital desde 2014. Essa situação, impossibilitou que novos hospitais substituíssem os excluídos de maneira tempestiva, e por consequência, estivessem em fases mais adiantadas do Plano de Expansão.

Causa

- Seleção de estabelecimentos que não possuíam condições técnicas para a participação no Plano de Expansão da Radioterapia.

- Morosidade para efetivar a exclusão dos hospitais que solicitaram a exclusão ou que não cumpriam todos os critérios necessários para a continuidade no Plano de Expansão de Radioterapia, permitindo a execução de despesas relativas a tais estabelecimentos.

Manifestação da Unidade Examinada

Após Reunião de Busca Conjunta de Soluções realizada no Ministério da Saúde, no dia 11/01/2018, foram apresentadas por intermédio do Ofício nº 30/2018/SCTIE/MS, de 24/01/2018, as considerações transcritas a seguir:

“Acatamos a recomendação de instaurar Tomada de Contas Especiais, nos casos em que esgotados os trâmites administrativos o processo para ressarcimento dos hospitais abaixo relacionados não lograr êxito.

Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro/RO - SIPAR 25000.059661/2017-29

Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta) /RS - SIPAR 25000.059677/2017-31

Hospital Regina - Associação Congregação de SC/SC - SIPAR 25000.059666/2017-51

Hospital Central da SCM de São Paulo/SP - SIPAR 25000.059689/2017-66

Hospital da Santa Casa de Caridade de Uruguaiana/RS - SIPAR 25000.059681/2017-08

Instituto de Maranhense de Oncologia Aldenora Belo - SEI 25000.442396/2017-46

Hospital Evangélico Sra. Goldby King/MS - SEI 25000.442467/2017-19

Hospital São Marcos – PI - SEI 25000.443103/2017-48

Hospital Estadual dos Servidores do Rio de Janeiro – SEI 25000.442567/2017-37

Hospital de Referência de Araguaína/TO - SEI 25000.443040/2017-20

Hospital Centenário de São Leopoldo/RS - SEI 25000.443085/2017-02

Hospital Nossa Senhora da Conceição/RS - SEI 25000.443079/2017-47

Hospital Regional de Assis/SP - SEI 25000.442518/2017-02

Os custos dispendidos com os serviços retro, serão apresentados pela empresa responsável para elaboração dos respectivos projetos, o qual emitirá relatório detalhado sobre os custos dispendidos até o momento da exclusão destes serviços”. (...)“É imprescindível destacar, que todos os serviços contemplados no Plano de Expansão da Radioterapia, apresentaram documentação técnica e jurídica compatível com o escopo do Plano, ocorre, que em visitas técnicas constatou-se que alguns serviços precisavam de adequações para se manter no Plano. Concluídas as visitas técnicas, foram realizadas reuniões na sede do MS com todos os serviços contemplados, informando que tais incompatibilidades deveriam ser solucionadas até a implantação dos serviços, sob pena de exclusão e responsabilização pelos recursos até então dispendidos.

Ademais, serviços que estavam aptos a receber a solução, em face do transcurso de tempo para implantação do serviço, optaram por dar outro destino para área disponibilizada inicialmente para implantação do bunker, ou ainda perderão as credenciais ou jurídicas exigidas para permanência no Plano.

Ao que tange, a responsabilização em decorrência do atraso para implantação do serviço, os gestores do MS instauraram processos para aplicação das penalidades previstas no Contrato nº 134/2013, tendo em vista que o mesmo ocorreu em razão do atraso na elaboração dos projetos. ”

Análise do Controle Interno

Diante do exposto, verifica-se que o Ministério da Saúde acata a recomendação proposta, informando que irá instaurar Tomada de Contas Especiais – TCE para os casos em que os processos administrativos instaurados para ressarcimento dos prejuízos não tiveram êxito.

Ademais, em que pese as visitas técnicas e reuniões com os hospitais contemplados, informando-os sobre as incompatibilidades a serem solucionadas sob pena de exclusão do Plano e responsabilização, essas medidas não foram suficientes para evitar os prejuízos obtidos pelo Ministério em decorrência da exclusão dos hospitais do Plano de Expansão. Portanto, faz-se necessário a adoção de medidas voltadas ao ressarcimento desses recursos.

Recomendações:

Recomendação 1: Adotar as medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais empregados em despesas relativas a estabelecimentos excluídos do Plano de Expansão da Radioterapia, instaurando Tomada de Contas Especiais quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da IN/TCU nº 71/2012, e inscrevendo o estabelecimento no Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.

1.1.1.3 CONSTATAÇÃO

Ausência de critérios para substituição dos estabelecimentos excluídos do Plano de Expansão da Radioterapia, no período de 2012 a 2017.

Fato

Durante a execução do Contrato nº 143/2013, ocorreram situações que ensejaram a exclusão de hospitais do Plano de Expansão da Radioterapia. Até setembro de 2017, já havia sido formalizada a exclusão de 13 hospitais, além da suspensão de outros 10. No geral, os principais motivos das suspensões dos hospitais foram por problemas de inviabilidade técnica, em especial na titularidade e regularidade do terreno fornecido pelo hospital, havendo 07 hospitais suspensos nessa situação.

Dos hospitais excluídos, 08 solicitaram a saída do Plano e 05 foram excluídos por inviabilidade técnica do hospital. Os principais motivos das exclusões se deram por problemas relacionados ao terreno fornecido pelo hospital, dificuldades financeiras e funcionais dos hospitais em manter a solução radioterápica, ausência de parâmetro assistencial e existência de convênios para compras de soluções radioterápicas na mesma instituição aderente ao Plano de Expansão.

Sobre a existência de convênios, cita-se o caso do *Hospital de Referência de Araguaína/TO* o qual havia recebido recursos via convênio para compra de um segundo

acelerador linear, e ainda assim, aderiu ao Plano de Expansão, mesmo sem haver parâmetro assistencial para um terceiro equipamento de radioterapia na região.

Cabe ainda citar, o *Hospital da Fundação/São Leopoldo-Centenário/RS*, que solicitou a própria exclusão, por já ter adquirido um segundo acelerador, e por já existir 4 aparelhos para atender a demanda da população na região do vale dos sinos (3 em São Leopoldo e um em novo Hamburgo).

Portanto, percebe-se que algumas situações de exclusões poderiam ter sido evitadas pelo Ministério da Saúde, à época da escolha dos hospitais (dificuldades técnicas do terreno, existência de convênios, ausência de parâmetro assistencial, etc.), indicando a necessidade de aperfeiçoar o método de seleção dos hospitais que irão substituir os excluídos, no intuito de evitar que a situação se repita com os novos hospitais selecionados para participar do Plano.

Em suma, dos 80 hospitais originalmente selecionados, apenas 57 permanecem no Plano de Expansão sem restrições. Sobre esse aspecto, a Portaria nº 931, de 10 de maio de 2012, que institui o Plano de Expansão de Radioterapia no SUS, não indicou, inicialmente, os critérios para a escolha dos hospitais que substituirão os excluídos.

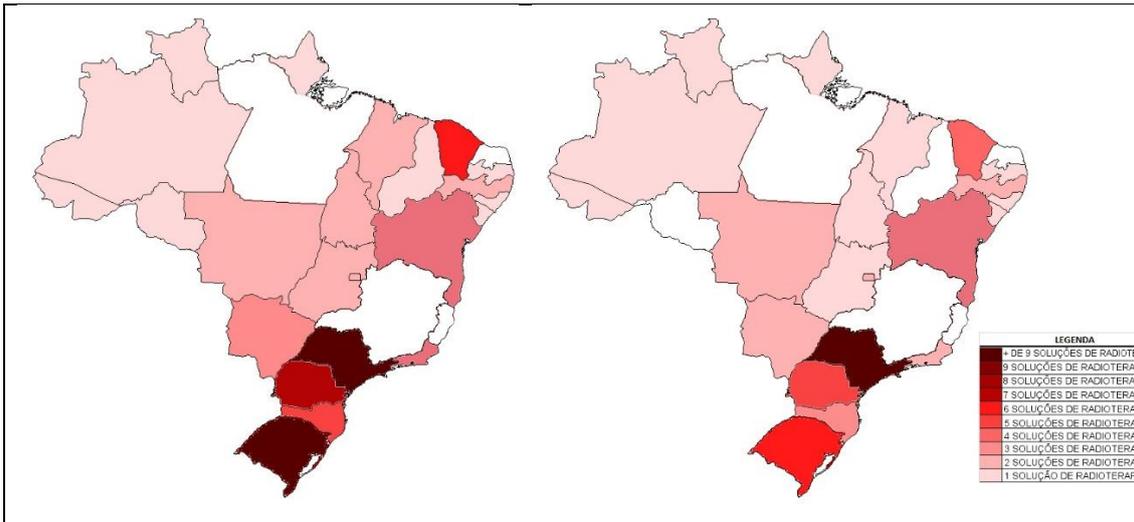
Todavia, após os trabalhos de campo dessa auditoria, foi publicada a Portaria nº 3.283, de 04 dezembro de 2017, que altera a Portaria nº 931/2012 e inclui critérios de priorização para a escolha de hospitais substitutos baseados na oferta regional de radioterapia, números de equipamentos de teleterapia e necessidade assistencial do hospital. Destaca-se, que esses critérios são genéricos e não há detalhamento sobre sua aplicabilidade.

De todo modo, houve uma ausência de critérios por 5 anos (período de 2012 a 2017), tornando-se um gargalo na execução do Plano de Expansão, vez que a escolha dos substitutos deveria ter ocorrido de modo mais célere, permitindo que os novos hospitais estivessem em fases mais adiantadas do Plano de Expansão.

A definição de critérios técnicos e objetivos para a seleção de novos hospitais é fundamental para assegurar a eficiência na alocação dos recursos do Plano de Expansão, evitando eventuais pressões por destinações de equipamentos a estabelecimentos ou regiões que não são as mais necessitadas ou as mais viáveis em termos técnicos. Nesse contexto, é fundamental que as substituições não prejudiquem a desconcentração territorial observada na relação inicial de hospitais selecionados. As imagens a seguir indicam a previsão inicial de distribuição geográfica das soluções de radioterapia e a distribuição das soluções após as exclusões de hospitais.

Imagem 01: Distribuição geográfica das soluções de radioterapia antes e depois das exclusões

Distribuição Geográfica Original	Distribuição Geográfica após exclusões
----------------------------------	--



Fonte: Elaboração própria, com base em informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde

Outro aspecto que deve ser levado em consideração no processo de substituição dos hospitais diz respeito à natureza jurídica desses estabelecimentos. Na metodologia utilizada originalmente, indicada no anexo da Portaria GM/MS nº 931/2012, havia o critério em que hospitais públicos somava um ponto, enquanto que os hospitais filantrópicos somavam zero. Acontece que essa pontuação era somada à pontuação de outros sete critérios, tais como quantidade de procedimentos realizados e números de leitos existentes. Dessa forma, a pontuação referente à natureza jurídica do estabelecimento (público ou filantrópico) representou 1 ponto entre 59 possíveis.

Entende-se que esses critérios não foram suficientes para direcionar as soluções de radioterapia preferencialmente a estabelecimentos públicos. Por exemplo, se numa mesma região existissem dois hospitais elegíveis para o Plano de Expansão, sendo um público com 50 leitos e um filantrópico com 51 leitos e idênticos nos demais critérios, a metodologia contida na Portaria GM/MS nº 931/2012 levaria à seleção do filantrópico. Efeito disso é que foram selecionados 44 hospitais filantrópicos e 36 públicos.

A preponderância de estabelecimentos filantrópicos no Plano de Expansão contém implicações que devem ser tratadas pelo Ministério da Saúde dentro de uma política de gestão de riscos, tais como a necessidade de contratualização com o SUS e as condições de financiamento dos procedimentos realizados por esses estabelecimentos. Isso revela a necessidade de aprimoramento dos critérios utilizados anteriormente, de forma que a seleção dos hospitais substitutos seja alinhada às necessidades assistenciais no país, inclusive quanto à natureza jurídica dos hospitais beneficiados com os investimentos federais.

Em suma, ressalta-se que a demora para a substituição dos hospitais implica em graves prejuízos no acesso ao tratamento oncológico, o que revela a urgência para a adoção de providências por parte do Ministério da Saúde no sentido de selecionar novos hospitais e dar início à implantação das respectivas soluções de radioterapia.

Causa

- Não foram instituídos critérios claros e objetivos para a seleção dos hospitais que integrarão o Plano de Expansão da Radioterapia, seja na substituição dos estabelecimentos excluídos no em decorrência de aditivos contratuais.
- Inexistência de mecanismo que assegure a substituição dos estabelecimentos excluídos por outros no mesmo município/região, possibilitando a desconfiguração da distribuição territorial inicialmente estabelecida.
- Baixa relevância conferida ao critério referente à natureza jurídica do estabelecimento de saúde na seleção inicial do Plano de Expansão da Radioterapia.

Manifestação da Unidade Examinada

Não houve manifestação da Unidade após a reunião de busca conjunta de soluções referente a esta constatação.

Análise do Controle Interno

Não há análise do Controle Interno pois não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções sobre o assunto retromencionado.

Recomendações:

Recomendação 1: Estabelecer, de forma detalhada, e dar transparência aos critérios para substituição dos hospitais participantes do Plano de Expansão da Radioterapia, mantendo, sempre que possível, a vinculação territorial entre o hospital substituto e o hospital excluído.

Recomendação 2: Conferir maior importância ao critério referente à natureza jurídica dos estabelecimentos, de modo a priorizar a seleção de estabelecimentos públicos para a participação no Plano de Expansão da Radioterapia.

1.1.1.4 CONSTATAÇÃO

Morosidade na entrega dos projetos básicos e executivos pela empresa Varian Medical System no âmbito do Contrato nº 134/2013, gerando atrasos na implantação das soluções de radioterapia e no atendimento à população.

Fato

Com o objetivo de avaliar os gargalos existentes na execução do Contrato nº 134/2013, bem como de identificar as causas dos atrasos na execução do Plano de Expansão da Radioterapia, foram analisadas as circunstâncias e as ocorrências observadas nas 12 fases mapeadas no processo. Nesse sentido, verificou-se que uma das principais causas para o atraso na implantação das soluções de radioterapia é a morosidade para a entrega, por parte da empresa contratada, dos projetos básicos de arquitetura (Fase 2) e dos projetos executivos (Fase 4).

Uma das obrigações assumidas pela empresa Varian Medical System no âmbito do Contrato nº 134/2013 é a elaboração e a entrega dos projetos básicos de arquitetura e projetos executivos das obras a serem realizadas nos hospitais selecionados no Plano de Expansão de Radioterapia. No item 8.4 do Anexo I-C do referido contrato, foram definidos prazos para execução e entrega dos 80 projetos básicos e executivos relativos às obras a serem executadas no âmbito do Plano de Expansão de Radioterapia.

Estas entregas foram divididas em 4 etapas, contadas a partir da emissão da Ordem de Serviço por parte do Ministério da Saúde, o que ocorreu em 03 de janeiro de 2014. Segue o detalhamento do cronograma original de entrega dos projetos:

Quadro 09: Cronograma inicial de entrega dos projetos básicos de arquitetura e projetos executivos do Plano de Expansão da Radioterapia

QUANTIDADE DE PROJETOS	TIPOS PROJETOS/ REGIÃO	PRAZO DE ENTREGA DOS PROJETOS BÁSICOS	PRAZO DE ENTREGA DOS PROJETOS EXECUTIVOS
17	Ampliação – Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste	Abril de 2014	Até 50 dias após a aprovação do PB
22	Ampliação – Regiões Sul e Sudeste	Maior de 2014	Até 70 dias após a aprovação do PB
17	Criação de Serviços -Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste	Julho de 2014	Até 100 dias após a aprovação do PB
24	Criação de Serviços – Sul e Sudeste	Outubro de 2014	Até 170 dias após a aprovação do PB

Fonte: Elaboração própria de acordo com informações do Contrato nº 134/2013

Pela análise do cronograma acima, percebe-se que havia uma priorização aos projetos dos hospitais localizados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, uma vez que o Ministério da Saúde considera que nessas regiões se concentram os principais vazios assistenciais. Além disso, o cronograma acima indica que todos projetos básicos deveriam ser entregues até outubro de 2014.

Na prática, esse cronograma não foi cumprido, desde o início, pela empresa contratada. Em decorrência do descumprimento dos prazos de entrega dos projetos, além de entrega de projetos com baixa qualidade técnica, o Ministério da Saúde decidiu, conforme relatado em Ata de Reunião do Comitê Gestor de 17 de julho de 2014, utilizar-se de todos os esforços antes de decidir pelo cancelamento do contrato, pois seria prejudicial à política assistencial oncológica do país. Sendo assim, no dia 24 de fevereiro de 2015 foi celebrado o 2º Termo Aditivo ao Contrato nº 134/2013, alterando o cronograma de entrega dos projetos.

Pelo novo cronograma, os 80 projetos básicos deveriam ser entregues entre agosto de 2014 e agosto de 2015. Já os projetos executivos deveriam ser entregues em 12 dias após a aprovação do projeto básico, quando a obra fosse do tipo “ampliação”, e em 30 dias quando a obra fosse de “criação de serviços”, conforme indicado no quadro a seguir:

Quadro 10: Cronograma de entrega dos projetos básicos de arquitetura e projetos executivos do Plano de Expansão da Radioterapia após a celebração do 2º Termo Aditivo do Contrato nº 134/2013.

QUANTIDADE DE PROJETOS	PRAZO DE ENTREGA DOS PROJETOS BÁSICOS	PRAZO DE ENTREGA DOS PROJETOS EXECUTIVOS
------------------------	---------------------------------------	--

7	Agosto de 2014	12 dias após aprovação do PB
6	Setembro de 2014	12 dias após aprovação do PB
6	Outubro de 2014	12 dias após aprovação do PB
5	Novembro de 2014	12 dias após aprovação do PB
8	Fevereiro de 2015	12 / 30 dias após aprovação do PB
5	Março de 2015	30 dias após aprovação do PB
6	Abril de 2015	30 dias após aprovação do PB
6	Mai de 2015	30 dias após aprovação do PB
9	Junho de 2015	30 dias após aprovação do PB
10	Julho de 2015	30 dias após aprovação do PB
12	Agosto de 2015	30 dias após aprovação do PB

Fonte: Elaboração própria de acordo com informações do 2º Termo Aditivo ao Contrato nº 134/2013

Cabe destacar que a data de assinatura do 2º Termo Aditivo (fevereiro de 2015) foi posterior ao pactuado no novo cronograma para 24 projetos, revelando que a entrega desses projetos já havia ocorrido em datas anteriores à celebração do Termo Aditivo.

Essas alterações do cronograma postergaram em 10 meses a conclusão da fase de entrega dos projetos básicos no Plano de Expansão da Radioterapia e por consequência alterou os prazos para entrega dos projetos executivos.

Além disso, houve mudanças na metodologia de pagamento pelos projetos, que passou a ser somente após aprovação do projeto executivo, o que conferiu maior segurança ao Ministério da Saúde. Antes da celebração do termo aditivo, os pagamentos seriam divididos em partes (percentual após entrega de cronograma de execução, percentual após entrega do projeto básico e executivo, e percentual após aprovação dos órgãos oficiais).

Outra alteração significativa foi quanto à definição do projeto a ser entregue em cada etapa. Pelo cronograma inicial, os primeiros 17 projetos a serem entregues seriam de ampliação do serviço para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Já o cronograma do 2º T.A. não definiu quais projetos seriam entregues inicialmente. Ainda assim, verifica-se que os primeiros projetos entregues foram dessas regiões consideradas prioritárias.

De acordo com informações prestadas pelo Ministério da Saúde, 10 dos 80 projetos básicos previstos não foram entregues. Esses hospitais se enquadram nas situações de exclusão ou suspensão do Plano de Expansão.

Sendo assim, foram realizadas análises quanto ao tempo decorrido para conclusão da etapa de entrega dos projetos executivos, baseado em dados fornecidos pelo Ministério da Saúde.

A análise contemplou o tempo decorrido entre a aprovação do projeto básico e a entrega do projeto executivo, tendo sido verificado que o prazo estipulado no 2º Termo Aditivo do Contrato nº 134/2013 (prazo de 12 dias para obras de ampliação) não foi cumprido em 15 dos 24 casos analisados (62,5%), conforme detalhado no quadro a seguir:

Quadro 11: Relação de projetos executivos entregues após o prazo estabelecido no 2º Termo Aditivo do Contrato nº 134/2013 - ampliação

HOSPITAL	DATA DE APROVAÇÃO DO PROJETO BÁSICO	DATA DE ENTREGA DO PROJETO EXECUTIVO	TEMPO GASTO PARA ENTREGA DO PROJETO EXECUTIVO
Hospital da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba/SP	14/05/2015	27/05/2015	13
Hospital da Fundação Centro de Controle de Oncologia FCECON/AM	16/06/2015	01/07/2015	15
Hospital Universitário de Santa Maria/ RS	10/04/2015	27/04/2015	17
Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE	16/04/2015	04/05/2015	18
Hospital das Clínicas de Porto Alegre/RS	23/05/2016	13/06/2016	21
Hospital Ana Nery//RS	23/05/2016	13/06/2016	21
Hospital Universitário de Brasília/Fundação da Universidade de Brasília/DF	30/09/2014	23/10/2014	23
Hospital Santa Casa de Misericórdia-Campo Mourão/PR	27/03/2017	20/04/2017	24
Instituto de Câncer de Londrina/PR	24/03/2017	20/04/2017	27
Hospital Governador João Alves Filho/SE	30/09/2014	05/11/2014	36
Hospital Estadual de Bauru/SP*	11/11/2016	19/12/2016	38
Hospital Erasto Gaertner/ Liga Paranaense de Combate ao Câncer/PR	03/09/2014	05/11/2014	63
Instituto Brasileiro de Controle do Câncer IBCC/SP	19/12/2014	13/04/2015	115
Hospital Regional do Oeste/Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira/SC	30/09/2016	26/01/2017	118
Hospital Santa Marcelina/SP	25/04/2016	19/12/2016	238

Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

* Hospital Estadual de Bauru/SP, único projeto dentre os analisados, que é tipo criação de serviços, onde o prazo para entrega do projeto é de 30 dias após aprovação do projeto básico.

Pelas informações do quadro acima, é possível observar que os maiores atrasos ocorreram nos projetos do *Instituto Brasileiro de Controle do Câncer IBCC/SP* e do *Hospital Regional do Oeste/SC*, que ultrapassaram os 110 dias, e do *Hospital Santa Marcelina/SP* que chegou a 238 dias.

Em decorrência dos atrasos na entrega dos projetos básicos e executivos, o item 2.2.1 do Contrato nº 134/2013 estabelece o seguinte:

“Caso a CONTRATADA não entregue os projetos básicos e executivos conforme prazos e etapas estabelecidos no item 8.4 do Anexo I-C, ficará estabelecida multa de desconto de 0,5% ao dia limitado até 20% sobre o valor correspondente ao pagamento da etapa”

Nesse sentido, o Ministério da Saúde instaurou o Processo Administrativo nº 25000.084925/2014-30 com a finalidade de verificar o descumprimento de obrigações contratuais da empresa Varian pelos atrasos anteriores à celebração do 2º T.A. A avaliação feita no Processo foi de que 53 projetos básicos, dos 80 previstos, foram

entregues em atraso, tendo sido decidido a aplicação de multa no valor total de R\$ 333.169,93. Todavia, não foi identificado nos autos o pagamento da multa pela Varian.

Apesar dos atrasos na entrega dos projetos executivos, não foi verificado no Processo Administrativo nº 25000.084925/2014-30, instaurado para apurar o descumprimento das obrigações contratuais da empresa, análise específica para estes atrasos, mas apenas para apuração dos projetos básicos.

Observa-se que o item 2.2.1 do Contrato nº 134/2013 limita a multa a 20% do valor correspondente a essa etapa, que seria de R\$ 3.833.871,03, conforme disposto na Cláusula Terceira do Contrato. Dessa forma, o valor máximo da multa em decorrência de atrasos na entrega dos projetos básicos e executivos é de R\$ 766.774,20. É importante destacar que o referido processo não apura os atrasos dos projetos básicos ocorridos posteriormente ao novo cronograma, nem avalia os atrasos na entrega dos projetos executivos.

Portanto, conclui-se que os atrasos na entrega de projetos básicos e nos projetos executivos impactaram de maneira significativa o andamento das fases posteriores do Plano de Expansão de Radioterapia. Estima-se que os atrasos nessas etapas representam pelo menos 10 meses de atraso na execução do Plano de Expansão, considerando o prazo final do cronograma atualizado indicado no 2º TA ao Contrato nº 134/2013.

Considerando a estimativa do Ministério da Saúde de que as 80 soluções de radioterapia atenderão 48.000 novos casos de câncer por ano, o atraso de 10 meses na execução do Plano de Expansão ocasionado pela morosidade na entrega dos projetos básicos e executivos representa cerca de 40.000 casos de câncer sem a devida cobertura assistencial.

Apesar do impacto negativo dos atrasos na execução do Plano de Expansão, verificou-se que a penalidade calculada pelo Ministério da Saúde em função desses atrasos foi de apenas R\$ 333.169,93, ou seja, menos que 0,3% do valor total do Contrato nº 134/2013.

Além dos atrasos aqui descritos, há evidências de que os projetos apresentados pela Varian não possuem qualidade satisfatória, o que prejudica a execução de outras fases do Plano de Expansão da Radioterapia, conforme tratado em ponto específico desse relatório. Sobre esse aspecto, é importante destacar que a Varian subcontratou empresas para a elaboração dos projetos.

Causa

- Descumprimento do cronograma de entrega dos projetos de arquitetura pela empresa *Varian Medycal System*.
- Projetos básicos de arquitetura e projetos executivos entregues pela empresa *Varian Medycal System* com baixa qualidade técnica.
- Ausência de apuração por parte do Ministério da Saúde de atrasos ocorridos na entrega de projetos executivos.

Manifestação da Unidade Examinada

Manifestação da Unidade:

Após Reunião de Busca Conjunta de Soluções realizada no Ministério da Saúde, no dia 11/01/2018, foram apresentadas por intermédio do Ofício nº 30/2018/SCTIE/MS, de 24/01/2018, as considerações transcritas a seguir:

“Os gestores do Contrato nº 134/2013 determinaram a instauração de processo administrativo para aplicação das sanções previstas no referido contrato, em face da ocorrência dos atrasos para entrega dos projetos básicos de arquitetura.

O referido processo tramita sob o nº 25000.084925/2014-30, ocorre que em 2016 sua tramitação foi interrompida pelo gestor à época, para reanálise da pertinência de sua aplicabilidade, retomando o seu curso em 2017. Atualmente está no Departamento de Logística em saúde – DLOG, para atualização e consequente aplicação da sanção.

(...) O processo nº 25000.084925/2014-30 versa sobre os atrasos dos projetos básicos de arquitetura e executivos.”

Análise do Controle Interno

O Ministério informa que o Processo Administrativo nº 25000.084925/2014-30 instaurado com a finalidade de verificar o descumprimento de obrigações contratuais da Varian retomou o seu curso em 2017. Sendo assim, aguarda-se à aplicação das penalidades cabíveis aos atrasos nas entregas dos projetos básicos de arquitetura.

No que concerne aos atrasos nos projetos executivos, não foi identificado no processo supramencionado uma análise detalhada dos eventuais atrasos nas entregas dos projetos executivos, tanto nas ocorridas antes da celebração do 2º Termos Aditivo, como as posteriormente à sua celebração (Vide Quadro 11 desta constatação). Desse modo, reforça-se a necessidade de uma apuração dos eventuais atrasos da empresa Varian nas entregas dos projetos executivos e posterior aplicação das penalidades cabíveis ao caso.

Recomendações:

Recomendação 1: Adotar as medidas voltadas à aplicação das penalidades cabíveis em decorrência do descumprimento dos prazos para a entrega dos projetos básicos de arquitetura no âmbito do Contrato nº 134/2013.

Recomendação 2: Adotar as medidas voltadas à aplicação das penalidades cabíveis em decorrência do descumprimento dos prazos para a entrega dos projetos executivos no âmbito do Contrato nº 134/2013.

1.1.1.5 CONSTATAÇÃO

Atrasos na implantação das soluções de radioterapia decorrentes da morosidade para a aprovação dos projetos básicos e executivos e da baixa qualidade dos projetos apresentados.

Fato

Uma das obrigações do Ministério da Saúde no Plano de Expansão da Radioterapia é a análise dos projetos básicos (fase 3) e executivos (fase 5) entregues pela empresa Varian Medical System para cada uma das 80 soluções a serem implementadas. Em análise aos processos que já concluíram essas etapas, verificou-se que ocorreram atrasos em relação aos prazos previstos, o que impacta a execução do Plano de Expansão como um todo.

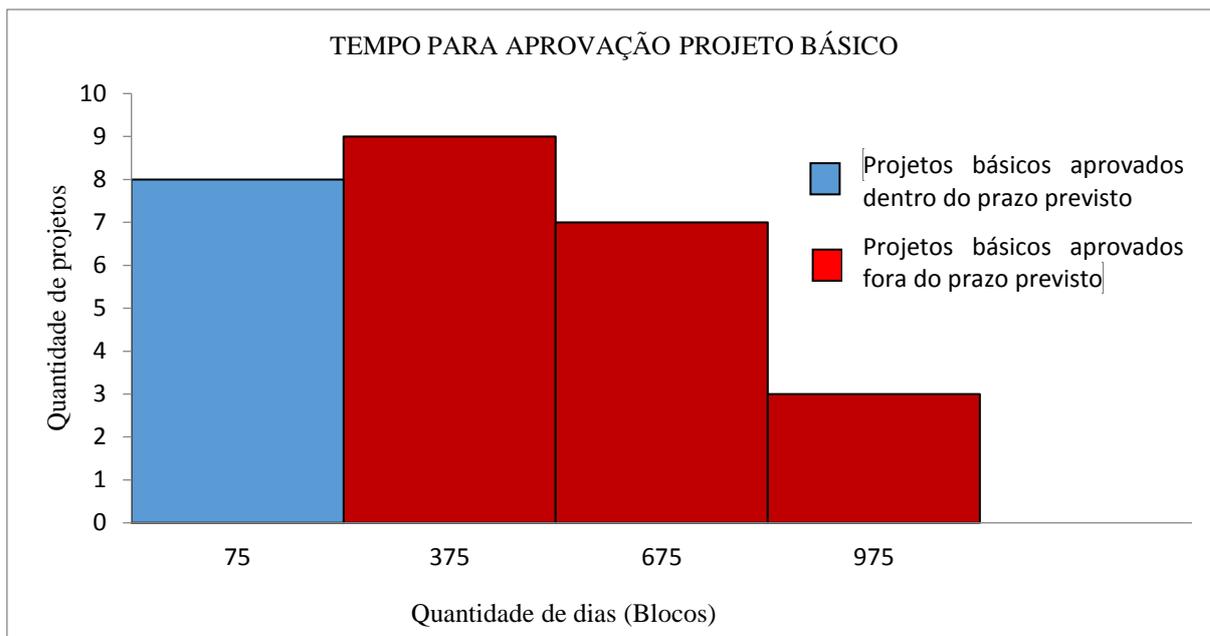
No que se diz respeito aos projetos básicos, estes devem ser submetidos à aprovação do Ministério da Saúde no que se refere aos aspectos de arquitetura, elétrica, mecânica e civil com análise orçamentária. Além disso, devem ser aprovados pela Vigilância Sanitária (VISA), no que se refere à adequação a normativos sanitários, e pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), no que se refere à proteção radiológica. Já quanto aos projetos executivos, as análises e aprovações ocorrem apenas no âmbito do Ministério da Saúde.

No cronograma do Plano de Expansão, que vai desde a entrega do projeto básico até a inauguração da solução radioterápica, o Ministério da Saúde definiu o prazo de 75 dias para aprovação do projeto básico (incluindo a aprovação da CNEN, da VISA e do MS) e 30 dias para a aprovação do projeto executivo.

Cabe ressaltar que nos casos em que houver reanálises dos projetos para correções da empresa, os prazos são iguais tanto para o projeto básico como para o projeto executivo que é de 15 dias consecutivos limitados a 2 reanálises por projeto (Cláusula Primeira - Do objeto, do 2º Termo Aditivo ao Contrato nº 134/2013).

Sobre o prazo para aprovações de projetos, verificou-se que o tempo foi recorrentemente superior ao prazo definido, o que confere às fases de aprovação dos projetos um dos principais gargalos na execução do Plano de Expansão de Radioterapia. O histograma a seguir indica os tempos gastos para a aprovação dos projetos básicos, considerando, inclusive, as aprovações da VISA e da CNEN:

Gráfico 01: Histograma de distribuição dos Projetos Básicos do Plano de Expansão da Radioterapia conforme o tempo decorrido até a aprovação.



Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

Cada bloco do histograma acima representa um intervalo de dias, sendo o primeiro bloco referente ao intervalo de 1 a 75 dias, o segundo de 76 a 375 e assim sucessivamente. Percebe-se que dos 27 casos analisados, somente 8 (29 %) tiveram os projetos básicos aprovados dentro do prazo de 75 dias. Os intervalos que contém mais casos são os dois blocos compreendido entre 76 e 375 dias, com 9 casos, e 376 e 675 dias, com 7 casos, onde juntos representam 16 casos (59% do total). No extremo, o projeto básico do *Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão/PR*, o qual teve a aprovação mais demorada (910 dias).

O tempo médio para aprovação do projeto básico nos casos analisados foi de 267 dias, ou seja, cerca de 3,6 vezes o prazo previsto. Ressalta-se que foram analisados somente os casos em que o projeto básico já havia sido aprovado até maio de 2017.

Dentre os projetos básicos entregues, mas ainda não aprovados, destacam-se os seguintes hospitais que até agosto de 2017 estavam há quase 1000 dias aguardando a aprovação:

Quadro 12: Relação de estabelecimentos com Projetos Básicos pendentes há quase 1000 dias:

HOSPITAIS	DATA DE ENTREGA DO PROJETO BÁSICO
Hospital São Paulo Unidade I/Escola Paulista de Medicina/SP	04/02/2015
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/GO	13/02/2015
Hospital Santo Antônio / Fundação de Saúde Comunitária de Sinop/MT	13/02/2015
Hospital Geral do Andaraí/RJ	06/03/2015

Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

Conforme mencionado anteriormente, o projeto básico necessita passar por aprovações em questões sanitárias (VISA) e radioativas (CNEN) para obtenção da aprovação final do

MS. Sendo assim, observou-se que há constantes reprovações dos projetos nessas áreas, o que torna um gargalo significativo na fase de aprovação de projetos básicos.

Dos projetos básicos enviados para aprovação da VISA e CNEN, 46 projetos foram reprovados pela VISA, sendo que desses projetos 16 tiveram 2 reprovações, 7 tiveram 3 reprovações, e 2 tiveram até 4 reprovações. Já no âmbito da CNEN, foram reprovados 40 projetos, sendo 17 com 2 reprovações e 3 projetos com 3 reprovações.

Cabe destacar que 22 projetos básicos tiveram reprovações concomitantes em ambas as instâncias.

Nos quadros abaixo (Quadro 13 e 14), segue relação de Hospitais que tiveram mais de 3 reprovações no âmbito da VISA e CNEN:

Quadro 13: Relação de projetos básicos com 3 reprovações ou mais na VISA:

HOSPITAIS

Hospital Erasto Gaertner/ Liga Paranaense de Combate ao Câncer/PR

Hospital Marieta Konder/SC

Hospital Regional do Oeste/Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira/SC

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba/PR

Hospital Universitário Santa Terezinha/SC

Instituto de Câncer de Londrina/PR

Hospital da Santa Casa de Caridade de Uruguaiana/RS

Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

Quadro 14: Relação de projetos básicos com 3 reprovações na CNEN:

HOSPITAIS

Hospital da Fundação Hospitalar Assistencial da Paraíba/ FAP

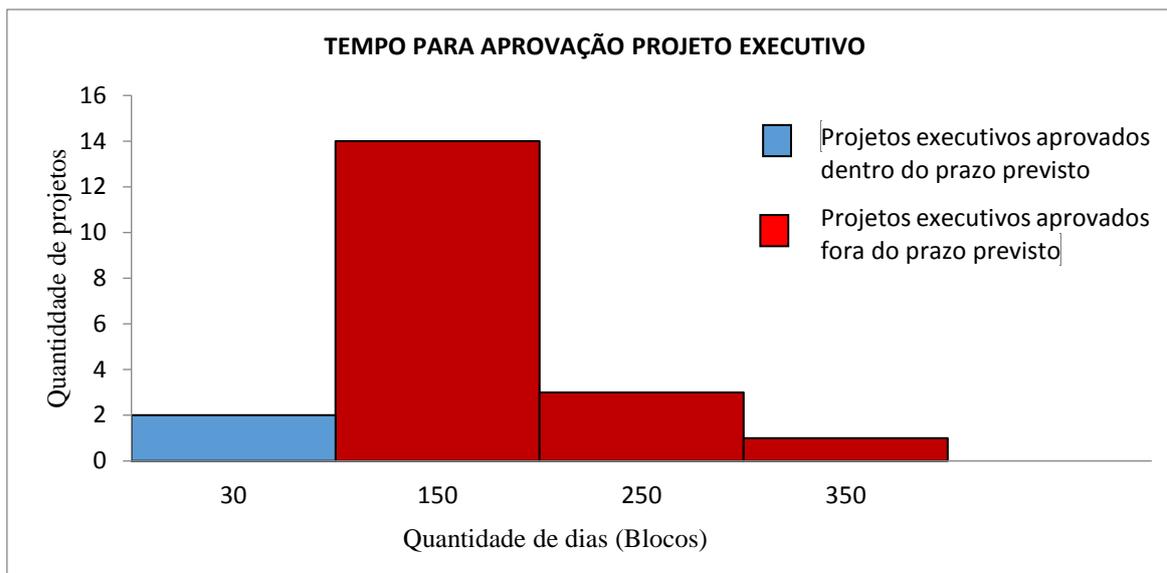
Hospital Dom Pedro de Alcântara/ Santa Casa de Misericórdia de Feira de Santana/BA

Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE

Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

Quanto ao tempo para aprovação dos projetos executivos, o histograma a seguir indica que essa fase também foi executada em desacordo com o prazo previsto.

Gráfico 02: Histograma de distribuição dos Projetos Executivos do Plano de Expansão da Radioterapia conforme o tempo decorrido até a aprovação.



Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

Percebe-se que dos 23 casos analisados, somente 2 (8,7 %) tiveram os projetos executivos aprovados dentro do prazo de 30 dias. O intervalo que contém mais casos é o bloco de dias compreendido entre 31 e 150 dias, com 14 casos (61% do total). No extremo, o projeto executivo do *Hospital do Câncer de Pernambuco/Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer/PE*, o qual teve a aprovação mais demorada (406 dias).

O tempo médio para aprovação do projeto executivo nos casos analisados foi de 144 dias, ou seja, cerca de 4,8 vezes o prazo previsto. Destaca-se que foram analisados somente os casos em que o projeto executivo já havia sido aprovado até maio de 2017.

Em média, o tempo total necessário para a aprovação dos projetos básicos (267 dias) e executivos (144 dias) foi de 411 dias, enquanto que o esperado seria de 105 dias.

Esses atrasos se devem, em parte, à baixa capacidade técnica e operacional dos órgãos responsáveis pela aprovação dos projetos. Cabe destacar, entretanto, que a baixa qualidade técnica dos projetos básicos entregues pela Varian é apontada como uma das principais causas das reprovações nos órgãos responsáveis, conforme relatado na Ata de Reunião do Comitê Gestor, de 17 de julho de 2014, sendo tais reprovações responsáveis por grande parte dos atrasos observados nessa fase. Destaca-se que a baixa qualidade dos projetos também foi relatada por empreiteiras selecionadas para executar obras no Plano de Expansão.

Causa

- Limitação da capacidade técnica e operacional do Ministério da Saúde para a análise de projetos de engenharia e arquitetura.
- Projetos apresentados pela Varian Medical System com inadequações, incorrendo em reanálises e reprovações pelas instâncias governamentais competentes para a aprovação.

- Inexistência de acordos formais entre Ministério da Saúde, os órgãos de vigilância sanitária e a Comissão Nacional de Energia Nuclear visando a otimização das ações relacionadas ao Plano de Expansão da Radioterapia.

Manifestação da Unidade Examinada

Após Reunião de Busca Conjunta de Soluções realizada no Ministério da Saúde, no dia 11/01/2018, foram apresentadas por intermédio do Ofício nº 30/2018/SCTIE/MS, de 24/01/2018, as considerações transcritas a seguir:

“Ao que concerne as adequações dos projetos básicos de arquitetura e executivos, a empresa Varian Medycal System cumpriu com os prazos estabelecidos na repactuação do cronograma de entrega de projetos, formalizado por meio do 2º Termo Aditivo ao Contrato nº 134/2013.

A Portaria Interministerial nº 97/2013, institui o Grupo de Trabalho composto pelo Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, ocorre que o mesmo dissipou em razão da baixa qualidade dos projetos apresentados inicialmente.

Nesta perspectiva, visando dar celeridade na análise dos projetos, os técnicos e gestores do Ministério da Saúde, atuam junto as VISAS e CNEN.”

Análise do Controle Interno

Em que pese o Ministério informar que a Varian cumpriu os prazos estabelecidos no cronograma após a celebração do 2º Termo Aditivo, é importante destacar a necessidade de apurar os possíveis atrasos referentes aos projetos executivos, conforme demonstrado no Quadro 11 deste Relatório.

Além disto, a recomendação contida nesta constatação está no sentido de apurar, não só apenas a questão dos atrasos nas entregas, mas também no que diz respeito às falhas nas correções dos projetos pela empresa, que resultou em inúmeras revisões por parte do MS, bem como pelas VISAS e CNEN.

Neste sentido, mantém-se a recomendação para apuração dos descumprimentos da empresa das correções necessárias aos projetos, inclusive limitada pelo Contrato nº134/2013 em até 2 correções.

No que se refere à atuação do Ministério junto as VISAS e CNEN, embora o MS afirme que vem atuando em conjunto com os órgãos em epígrafe, a formalização de acordos entre as instâncias propiciaria maior segurança e agilidade à execução do Plano de Expansão de Radioterapia.

Recomendações:

Recomendação 1: Apurar se houve descumprimento contratual por parte da empresa Varian Medical System no que diz respeito à adequação dos projetos básicos de arquitetura e projetos executivos no âmbito do Contrato nº 134/2013 e adotar as medidas cabíveis.

Recomendação 2: Formalizar acordos com os órgãos de vigilância sanitária e com a Comissão Nacional de Energia Nuclear visando otimizar os processos relacionados ao Plano de Expansão da Radioterapia nesses órgãos.

1.1.1.6 CONSTATAÇÃO

Atrasos na implantação das soluções de radioterapia decorrentes da morosidade na realização das licitações para a seleção de empresas para a execução das obras

Fato

Após a aprovação do projeto executivo, o Ministério da Saúde dá início ao processo licitatório para a seleção da empresa que executará a obra de construção do *bunker* para a instalação do equipamento de radioterapia. O processo licitatório tem início com a fase interna, que se inicia com a aprovação do projeto executivo e termina com a publicação do edital (fase 6). Em sequência, ocorre a fase externa com a licitação e homologação da licitação (fase 7) e assinatura do contrato com a empreiteira (fase 8).

O setor responsável pela fase interna das licitações do Plano de Expansão é o Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DECIIS/SCTIE), que elabora os Termos de Referência a fim de subsidiar os procedimentos de contratação.

Posteriormente, os Termos de Referência são encaminhados à Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA/SE), unidade responsável pela condução das licitações na sua fase externa, executadas no formato de Regime Diferenciado de Contratação – RDC, tendo como critério de julgamento o menor preço global.

Para a realização da licitação, considerando as fases interna e externa, o Ministério da Saúde definiu os seguintes prazos:

Quadro 15: Prazos para realização da fase de licitação no âmbito do Plano de Expansão

FASES	PREVISÃO DE PRAZOS – CRONOGRAMA
Publicação do Edital (fase 6)	30 dias
Licitação RDC (fase 7)	45 dias
Homologação da Licitação (fase 7)	45 dias
Contratação da Empreiteira (fase 8)	30 dias
Total	150 dias

Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

Com o objetivo de verificar o tempo que está sendo utilizado pelo Ministério da Saúde na fase de licitação das obras do Plano de Expansão, selecionou-se os projetos que passaram por essa fase até maio de 2017 e calculou-se o tempo gasto nas diferentes etapas, conforme tratado a seguir.

Publicação do Edital

O quadro a seguir indica os hospitais participantes do Plano de Expansão (ID hospitais), conforme identificação do Ministério da Saúde, onde a letra A, representa os projetos de obras do tipo Ampliação. As colunas posteriores mostram as datas em que ocorreram a aprovação do projeto executivo e a publicação do edital para a licitação. Com base nessas datas, foi possível calcular o tempo gasto para publicação do edital.

Quadro 16: Tempo decorrido para publicação do edital no âmbito do Plano de Expansão:

ID Hospital	Data de Aprovação Projeto Executivo (A)	Data de publicação Edital (B)	Tempo Gasto para publicação Edital (B-A)
Previsão de Prazo: 30 dias			
A01	19/03/2015	17/01/2017	670 dias
A02	11/02/2015	27/05/2015	105 dias
A03	07/10/2015	03/11/2015	27 dias
A04	11/02/2015	23/03/2015	40 dias
A05	25/06/2015	16/01/2017	571 dias
A07	08/10/2015	03/11/2015	26 dias
A08	11/02/2015	04/08/2015	174 dias
A12	21/11/2014	30/01/2015	70 dias
A13	15/01/2016	06/04/2017	447 dias
A16	11/02/2015	21/07/2015	160 dias
A20	11/02/2015	07/07/2015	146 dias
A23	11/05/2016	01/02/2017	266 dias
A24	07/04/2016	13/01/2017	281 dias
A27	08/10/2015	03/11/2015	26 dias
A32	11/02/2015	01/02/2017	721 dias
A37	07/10/2015	03/11/2015	27 dias
A38	08/10/2015	03/11/2015	26 dias
Média de Tempo:			222 dias

Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

Analisando a coluna *Tempo Gasto para Publicação do Edital*, dos 17 projetos, apenas 05 tiveram a publicação do edital em 30 dias, significando que 12 hospitais não publicaram o edital no prazo previsto. Observa-se, ainda, que 10 hospitais gastaram mais de 100 dias para publicar o edital, sendo que 4 gastaram mais de 1 ano para publicar o edital de licitação.

Cabe registrar que esses 4 hospitais que gastaram mais de 1 ano tiveram que publicar novos editais de licitação, devido ao cancelamento de obra por inexecução da empresa e por ter ocorrido licitações desertas.

Licitação RDC

O quadro a seguir indica o tempo decorrido entre a publicação dos editais e as datas de realização das licitações.

Quadro 17: Tempo decorrido para a realização da licitação RDC no âmbito do Plano de Expansão:

ID Hospital	Data de publicação do Edital (A)	Data da Licitação (B)	Tempo Gasto na Licitação (B-A)
Previsão de Prazo: 45 dias			
A01	17/01/2017	20/03/2017	62 dias
A02	27/05/2015	19/06/2015	23 dias
A03	03/11/2015	24/11/2015	21 dias
A04	23/03/2015	16/04/2015	24 dias
A05	16/01/2017	15/05/2017	119 dias
A07	03/11/2015	24/11/2015	21 dias
A08	04/08/2015	26/08/2015	22 dias
A12	30/01/2015	25/02/2015	26 dias
A13	06/04/2017	-	-
A16	21/07/2015	14/08/2015	24 dias
A20	07/07/2015	28/07/2015	21 dias
A23	01/02/2017	-	-
A24	13/01/2017	-	-
A27	03/11/2015	25/11/2015	22 dias
A32	01/02/2017	03/03/2017	30 dias
A37	03/11/2015	25/11/2015	22 dias
A38	03/11/2015	26/11/2015	23 dias
Média de Tempo:			32 dias

Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

Nessa etapa, observou-se que o tempo gasto até a realização da licitação não é considerado crítico, havendo apenas dois projetos que ultrapassaram prazo previsto de 45 dias, o do *Hospital da Fundação Hospitalar Estadual do Acre/AC (A01)* gastando 62 dias e o do *Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo Barbalha/CE (A05)*, gastando 119 dias.

Homologação da Licitação

Após a realização da *Licitação RDC*, segue a etapa homologação da licitação, que consiste no atesto de que o procedimento foi executado de acordo com as regras aplicáveis. O quadro a seguir indica o tempo gasto para a homologação das licitações:

Quadro 18: Tempo decorrido para homologação das licitações no âmbito do Plano de Expansão:

ID Hospital	Data da Licitação (A)	Data da Homologação da Licitação (B)	Tempo gasto Homologação (B-A)
-------------	-----------------------	--------------------------------------	-------------------------------

Previsão de Prazo: 45 dias			
A01	20/03/2017	22/03/2017	2 dias
A02	19/06/2015	03/07/2015	14 dias
A03	24/11/2015	15/04/2016	143 dias
A04	16/04/2015	08/06/2015	53 dias
A07	24/11/2015	07/04/2016	135 dias
A08	26/08/2015	03/11/2015	69 dias
A12	25/02/2015	09/03/2015	12 dias
A16	14/08/2015	08/10/2015	55 dias
A20	28/07/2015	22/09/2015	56 dias
A27	25/11/2015	06/05/2016	163 dias
A32	03/03/2017	18/04/2017	46 dias
A37	25/11/2015	30/03/2016	126 dias
A38	26/11/2015	04/03/2016	99 dias
Média de Tempo:			75 dias

Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

Verifica-se que dos 13 projetos analisados, apenas 04 tiveram a homologação realizada no tempo previsto de 45 dias, isso significa, que 09 projetos não tiveram a homologação da licitação realizada no prazo. Registra-se ainda que 05 projetos gastaram cerca de 100 dias ou mais para obter a homologação da licitação.

Contratação da Empreiteira

Após a homologação da licitação, inicia-se o prazo para a contratação da empreiteira selecionada. O quadro a seguir indica esse prazo nos casos do Plano de Expansão da Radioterapia:

Quadro 19: Tempo decorrido entre a homologação das licitações e a contratação das empreiteiras no âmbito do Plano de Expansão:

ID Hospital	Data da Homologação da Licitação (A)	Data Assinatura do Contrato (B)	Tempo Gasto Contratação (B-A)
Previsão de Prazo: 30 dias			
A01	22/03/2017	20/05/2017	59 dias
A02	03/07/2015	03/09/2015	62 dias
A03	15/04/2016	09/05/2016	24 dias
A04	08/06/2015	07/07/2015	29 dias
A07	07/04/2016	23/05/2016	46 dias
A08	03/11/2015	27/11/2015	24 dias
A12	09/03/2015	17/03/2015	8 dias

A16	08/10/2015	28/10/2015	20 dias
A20	22/09/2015	03/11/2015	42 dias
A27	06/05/2016	30/06/2016	55 dias
A32	18/04/2017	18/05/2017	30 dias
A37	30/03/2016	18/05/2016	49 dias
A38	04/03/2016	26/04/2016	53 dias
Média de Tempo:			39 dias

Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

Verifica-se que dos 13 projetos dessa fase, em 6 a assinatura do contrato ocorreu no tempo previsto de 30 dias, significando que 7 projetos (53,8%) não tiveram o contrato assinado no prazo. Todavia, no geral, os prazos ultrapassaram poucos dias além do previsto, sendo que os maiores atrasos foram os projetos dos Hospitais A01, A02, A27 e A38 em que foram necessários mais de 50 dias para assinatura do contrato.

Com base nessas informações, percebe-se que o tempo gasto para realizar a licitação do RDC e o tempo gasto para a contratação da empreiteira são menos críticos, pois no geral estão atendendo aos prazos, ultrapassando poucos dias além do previsto.

Por outro lado, as etapas mais críticas relacionadas aos processos licitatórios são a de publicação dos editais (média de 222 dias) e a homologação da licitação (média de 75 dias). Na média, o tempo gasto entre a aprovação do projeto executivo e a contratação da empreiteira foi de 368 dias, apesar de previsão de 150 dias.

Causa

- As unidades do Ministério da Saúde envolvidas no processo não se programaram adequadamente para que os lançamentos dos editais ocorressem logo após as aprovações dos respectivos projetos executivos.
- A autoridade competente não procedeu a homologação de licitações para a seleção das empreiteiras no Plano de Expansão dentro do prazo previsto.

Manifestação da Unidade Examinada

Após Reunião de Busca Conjunta de Soluções realizada no Ministério da Saúde, no dia 11/01/2018, foram apresentadas por intermédio do Ofício nº 30/2018/SCTIE/MS, de 24/01/2018, as considerações transcritas a seguir:

“As equipes técnicas da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos- SCTIE, da Subsecretaria de Assuntos Administrativos – SAA, veem trabalhando constantemente para reduzir o tempo entre a publicação do edital até a homologação das obras do plano. Ações como por exemplo, a emissão do Parecer Referencial nº 00025/CONJUR-MS/CGU/AG e do Parecer Referencial nº 00039/CONJUR-MS/CGU/AG, que convalidam o Edital e o Projeto Básico que subsidiam a contratação das empresas para execução das obras de ampliação e construção, respectivamente.”

Análise do Controle Interno

O Ministério da Saúde acata a recomendação deste Relatório referente às fases de licitação do Plano de Expansão e informa que está trabalhando para reduzir o tempo entre a publicação do edital até a homologação para início das obras do Plano de Expansão de Radioterapia.

Recomendações:

Recomendação 1: Instituir mecanismos para reduzir o tempo para a publicação do edital e para a homologação da licitação das obras do Plano de Expansão da Radioterapia.

1.1.1.7 CONSTATAÇÃO

Atrasos na implantação das soluções de radioterapia decorrentes da morosidade na execução das obras de construção dos bunkers.

Fato

Finalizada de contratação das empreiteiras, inicia-se a etapa de execução das obras nos hospitais (fase 9 e 10) cujo objetivo final é a instalação de 80 soluções radioterápicas que irão atender a população do Sistema Único de Saúde.

Até o mês de agosto de 2017, decorridos cerca de 4 anos de vigência do contrato, 14 dos 80 hospitais chegaram à fase de execução das obras, estando 4 concluídas, 8 em andamento e 2 paralisadas. Além disso, 4 contratos foram cancelados por inexecução contratual, antes mesmo do início da obra.

Para a realização das obras, o Ministério da Saúde definiu prazos por meio do cronograma do Plano de Expansão da seguinte forma: início da obra após assinatura do contrato (previsão de 30 dias), execução da obra (previsão de 270 dias para obras do tipo ampliação e 365 dias para obras do tipo construção). Ressalta-se que todas as obras que já tiveram início são do tipo ampliação.

Nesse contexto, baseado em dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, calculou-se o tempo gasto na fase de obras, conforme mostrado no Quadro 20, a seguir:

Quadro 20: Tempo decorrido na execução das obras do Plano de Expansão:

EXECUÇÃO DA OBRA						
ID Hospital	Data de Assinatura do Contrato com a Empreiteira (A)	Data de Início da Obra (B)	Tempo gasto para início da Obra (B-A)	Data Fim da Obra (C)	Tempo gasto na execução da Obra (C-B)	Tempo gasto nas Obras não finalizadas até 31/08/2017
		Previsão:	30 dias		270 dias	

A02*	03/09/2015	29/09/2015	26 dias	28/04/2017	577 dias	-
A03**	09/05/2016	09/06/2016	31 dias	-	-	448 dias
A04*	07/07/2015	07/07/2015	0	08/11/2016	490 dias	-
A07	23/05/2016	16/06/2016	24 dias	-	-	441 dias
A08	27/11/2015	19/04/2016	144 dias	-	-	604 dias
A12*	17/03/2015	12/05/2015	56 dias	02/09/2016	479 dias	-
A16	28/10/2015	08/12/2015	41 dias	-	-	632 dias
A20*	03/11/2015	09/12/2015	36 dias	17/11/2016	344 dias	-
A27**	30/06/2016	14/07/2016	14 dias	-	-	413 dias
A37	18/05/2016	14/06/2016	27 dias	-	-	443 dias
A38	26/04/2016	02/06/2016	37 dias	-	-	455 dias
Média de tempo:			39 dias	-	515 dias	490 dias

Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

*Obras concluídas

**Obras Paralisadas

Analisando os dados da coluna *Tempo gasto para Início da Obra*, observa-se que 6 hospitais ultrapassaram o tempo previsto de 30 dias para iniciar a obra. O maior atraso foi do *Hospital Universitário de Brasília/Fundação da Universidade de Brasília/DF (A08)* que demorou 144 dias para iniciar a obra. A alegação é que, nesse caso, o hospital participante não disponibilizou a área totalmente desimpedida como determina a Cláusula Quarta do Termo de Adesão ao Plano de Expansão da Radioterapia.

Contudo, a etapa mais crítica nessa fase é em relação ao *Tempo gasto na Execução da Obra*, uma vez que todos os 4 hospitais com obras finalizadas tiveram atrasos, ultrapassando os 270 dias, resultando numa média de tempo na execução das obras de 515 dias, ou seja, 90% acima do tempo previsto.

Em situação análoga, todas as obras que não foram finalizadas também estão atrasadas, com destaque para o *Hospital Universitário de Santa Maria/RS (A27)*, *Instituto Brasileiro de Controle do Câncer IBCC/SP (A37)* e *Hospital da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba/SP (A38)* que estão com execução percentual da obra abaixo de 60% mesmo após um ano do início das obras.

No que concerne às obras canceladas e paralisadas, o Ministério da Saúde instaurou Processos Administrativos para apurar a conduta das empreiteiras, conforme relacionado no quadro a seguir:

Quadro 21: Relação de hospitais que tiveram obras canceladas e paralisadas durante o Plano de Expansão:

HOSPITAL	PROCESSO ADMINISTRATIVO
Hospital da Fundação Hospitalar Estadual do Acre/AC (A01)	SIPAR nº 25000.055757/2016-37
Hospital Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON/AM (A03)	SIPAR 25000.024504/2017
Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo Barbalha/CE (A05)	-
Instituto do Câncer do Ceará/ICC/CE (A06)	SIPAR nº 25000.144173/2016-35

Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

De acordo com informações prestadas pelo Ministério da Saúde, os principais motivos das paralisações das obras foram o não cumprimento dos prazos previstos no edital do RDC, tais como não apresentação de diário de obras e não comparecimento de engenheiro da empresa no local da obra. Houve, ainda, caso de divergência da empresa com os projetistas e recusa do hospital em implantar o definido no projeto executivo.

As fotos a seguir ilustram a situação da obra paralisada do Hospital de Santa Maria durante inspeção física realizada pelo Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União (CGU) em agosto de 2017.



Foto 1: Vista lateral da obra de construção do bunker no HUSM



Foto 2: Vista superior da obra de construção do bunker no HUSM

Com o objetivo de identificar as circunstâncias que ensejam atrasos nas obras ou sua paralisação, foram emitidas circularizações às empresas contratadas questionando sobre eventuais intercorrências na execução do contrato firmado com o Ministério da Saúde. Com base nas informações coletadas junto às empreiteiras, foi possível mapear a existência de alguns riscos à execução das obras, e até mesmo de judicialização, conforme descritos a seguir:

1. Terreno cedido contendo impedimentos não removidos pelo hospital ou não previstos pelos projetistas:

Algumas empresas relataram recebimento de terreno com diversos impedimentos, tais como: presença de fundações antigas, tubulações, redes de águas fluviais, redes elétricas, entulhos, salas ou construções que deveriam ter sido removidas pelos hospitais e que, portanto, geraram atrasos para o início da obra.

Devido à espera para a retirada das interferências do terreno pelo hospital, houve empresa que relatou que parte da sua mão de obra ficou ociosa nesse período, gerando custos extras pela contratação de pessoal não utilizado.

Citaram, também, a existência de interferências no terreno não identificadas previamente pelos projetistas, resultando em alterações nos projetos e consequente atrasos nas obras. Como exemplo, cita-se a situação onde foi necessária nova sondagem de terreno, pois ao iniciar a obra, verificou-se a presença de camada de rocha que impossibilitou a utilização do tipo de fundação escolhido. Em outro caso, não foi considerada a existência de radier de concreto com 1 metro de espessura existente no terreno.

2. Falhas nos projetos executivos que necessitaram de diversas alterações:

As empresas citaram situações em que houveram modificações nos projetos executivos durante a execução da obra, havendo caso em que os croquis alterados foram enviados a empresa de maneira informal, sem compatibilização com as demais plantas, gerando retrabalho e perda de material para a empresa.

Sinteticamente, os problemas citados foram: falhas no cálculo estrutural com quantitativos de pesos inferiores a necessidade do projeto; falta de armação estrutural em pontos-chaves do projeto; alteração da cota de piso pronto da edificação; modificação do caminhamento do cabeamento dos alimentadores que passou a ser aéreo ao invés de enterrado; alteração no tipo de transformador a ser adquirido; parte de climatização mal dimensionada, com elementos de automação não necessários, prejudicando a eficiência das máquinas térmicas.

3. Dificuldades na aquisição de equipamentos pela empreiteira:

Um das dificuldades relatadas de forma recorrente foi a exigência contida no item 18.1 do projeto básico que vincula a emissão do Termo de Recebimento Provisório de Obra - TRP à instalação do acelerador linear, que é de responsabilidade da Varian. Para que a empreiteira receba todos os pagamentos referentes à obra, incluindo aqueles relacionados às aquisições dos equipamentos necessários ao *bunker* (elétricos, automação, refrigeração, etc.), é necessária a instalação do acelerador linear e seu respectivo comissionamento, o que pode comprometer o fluxo de caixa da empresa, principalmente se a mesma for de pequeno porte.

Outra dificuldade relatada foi quanto à aquisição de equipamentos de refrigeração (climatização) que apresentou no edital especificações fora de mercado e supostamente incoerentes. Citaram, ainda, que devido aos atrasos na obra, os valores dos equipamentos aumentaram em relação aos cotados inicialmente.

4. Necessidade de repactuação de prazos e valores:

Devido aos atrasos, houve necessidade, na maioria dos casos, de repactuação de prazos dos contratos. Quanto à repactuação de valores, algumas empresas informaram que os pedidos de repactuação financeira foram indeferidos pelo Ministério da Saúde, apesar de ter havido aumento de custos, devido às alterações nos projetos, diferenças de valores nos equipamentos e gastos com pessoal ocioso.

Quanto ao gasto com pessoal, foi citada dificuldades no pagamento de funcionários, uma vez que o Ministério da Saúde considera a carga horária de 180h/mês e a Convenção Coletiva dos Trabalhadores da Construção Civil de alguns Estados considera a carga horária de 220h/mês.

5. Pagamentos às empreiteiras:

No geral as empreiteiras contratadas informaram que receberam os pagamentos dentro dos prazos, em que pese os relatos de pagamentos das faturas fora do prazo contratual e pagamentos recebidos apenas após processo de reconhecimento de dívidas.

Todavia, o maior impacto observado foi quanto aos pagamentos referentes à aquisição de equipamentos, onde, conforme citado anteriormente, há a exigência de compra de 100% dos equipamentos para serem pagos só após à instalação do acelerador linear, havendo, inclusive, empresa que solicitou rescisão contratual por esse motivo.

Ao ser questionado se estavam sendo providenciadas alterações nos editais do Plano de Expansão, o Ministério da Saúde informou que foram realizadas alterações em cláusulas do edital e em seus anexos no sentido de obter melhorias técnicas na execução dos contratos firmados com as empreiteiras. De maneira sintética, essas alterações referem-se à adequação das condicionantes para emissão dos termos de recebimento das obras (TRP e TRD), ampliação do prazo de execução de 180 dias para 210 dias, inserção de cláusula de reajuste e acervo técnico.

Em síntese, verificou-se que apenas 17,5% das obras do Plano de Expansão de Radioterapia foram iniciadas e que todas atrasaram em relação ao cronograma originalmente pactuado, tendo o Ministério da Saúde instaurado procedimentos administrativos para apurar a conduta das empresas para os casos em que as obras foram canceladas ou paralisadas.

Nesse contexto, foi possível identificar causas para os atrasos das obras, que devem ser tratadas como riscos às novas contratações, inclusive quanto à possibilidade de judicialização, que seriam: os impedimentos contidos nos terrenos para início das obras, falhas nos projetos executivos, dificuldades para a aquisição de equipamentos, e necessidade de repactuação de prazos e valores.

Além disso, cumpre destacar que o Ministério da Saúde não possui estrutura adequada para fiscalizar e acompanhar, de forma centralizada, todas as obras quando muitos hospitais chegarem nessa fase de forma concomitante. Todas as obras atualmente em execução possuem o mesmo fiscal titular, situação que ficará impraticável quando houver dezenas de obras em andamento.

Causa

- Impedimentos técnicos nas áreas destinadas pelos hospitais para as construções dos *bunkers*.
- Falhas nos projetos executivos, acarretando a necessidade de alterações durante a execução das obras.
- Dificuldades das empreiteiras na aquisição dos equipamentos necessários ao *bunker* (principalmente de refrigeração e de automação) devido ao fato de se tratarem de equipamentos específicos que não são facilmente encontrados no mercado e que exigem prazos extensos para entrega.
- Impactos negativos no fluxo de caixa das empreiteiras decorrente da metodologia de pagamento de parte dos equipamentos empregados no *bunker* somente após o comissionamento do acelerador linear.

- Inadequação dos prazos previstos para as obras, acarretando repactuações nos contratos.
- Descumprimento de contratos por parte das empreiteiras.

Manifestação da Unidade Examinada

Após Reunião de Busca Conjunta de Soluções realizada no Ministério da Saúde, no dia 11/01/2018, foram apresentadas por intermédio do Ofício nº 30/2018/SCTIE/MS, de 24/01/2018, as considerações transcritas a seguir:

“A gerência de projetos e a gestão dos contratos que versam sobre a execução das obras do Plano, nos casos de cancelamento ou distrato desses instrumentos, tem a prática de elaborar Nota Técnica consubstanciando os motivos que deram causa a esta extinção, bem como, solicitando a Subsecretaria de Assuntos Administrativo a abertura de processo administrativo para aplicação das sanções cabíveis. (...)

A gerência de projetos do Plano de Expansão de Radioterapia ao obter a aprovação do Projeto Básico de arquitetura, contata o responsável pelo serviço de saúde, informando que o projeto daquele serviço está aprovado, e que a área disponibilizada deve estar livre e desimpedida para execução das obras, conforme disposto no Termo de Adesão. (...)

Recentemente revisamos o Termo de Referência que subsidia as contratações de obras, com o intuito de minimizar intercorrências identificadas nas obras em execução. No tocante ao cronograma financeiro, alteramos os percentuais de desembolso para equipamentos, além de adequar os percentuais relativos aos acervos técnicos para habilitação técnico operacional e profissional, visando qualificar as empresas aptas para o certame. (...)

Atualmente todas as obras em andamento, contam com o apoio das equipes técnicas lotadas nos serviços de saúde, no entanto, acatamos a recomendação para formalizar e inserir tal exigência no Termo de Compromisso em elaboração, que substituirá o Termo de Adesão”.

Análise do Controle Interno

O Ministério da Saúde informa que acata as recomendações referentes à fase de execução das obras do Plano de Expansão de Radioterapia, informando que vêm adotando medidas que vão ao encontro do recomendado pela equipe de auditoria.

Recomendações:

Recomendação 1: Adotar medidas voltadas à aplicação das penalidades cabíveis às empreiteiras em decorrência do descumprimento de contratos para construção de bunkers que resultaram no cancelamento de contratos e consequente paralisação das obras no âmbito do Plano de Expansão da Radioterapia.

Recomendação 2: Notificar os hospitais participantes do Plano de Expansão da Radioterapia acerca da necessidade de manter o terreno sem impedimentos tão logo ocorra a respectiva publicação do edital para a obra.

Recomendação 3: Revisar o cronograma financeiro das obras do Plano de Expansão de modo a diminuir os impactos negativos no fluxo de caixa das empreiteiras contratadas decorrentes da vinculação do pagamento ao comissionamento do acelerador linear.

Recomendação 4: Promover pesquisa de mercado sobre os principais equipamentos a serem instalados nos bunkers do Plano de Expansão, no intuito de subsidiar as licitantes quanto a preços, prazos de entrega, fornecedores, dentre outros aspectos que podem impactar no cronograma da obra.

Recomendação 5: Formalizar acordos com gestores dos estabelecimentos participantes do Plano de Expansão para que esses atuem ativamente nos processos de construção dos bunkers, conforme as capacidades e necessidades de cada situação.

Recomendação 6: Avaliar se a centralização pelo Ministério da Saúde das obras para construção dos bunkers representa o modelo mais adequado para o objetivo do Plano de Expansão, considerando principalmente os preços praticados e a necessidade de fiscalização constante das obras. Utilizar as conclusões dessa avaliação na definição de estratégias futuras semelhantes à atualmente adotada.

1.1.1.8 CONSTATAÇÃO

Atrasos na implantação das soluções de radioterapia decorrentes da demora na importação e na instalação dos aceleradores lineares

Fato

Após a conclusão das obras, inicia-se a fase de instalação do acelerador linear (fase 11), que é de responsabilidade da Varian. Para tanto, são necessárias algumas etapas que foram definidas no cronograma do Plano de Expansão com os seguintes prazos: 1. Instalação do acelerador linear (45 dias); 2. Comissionamento (7 dias); 3. Licença de Operação (CNEN +Visa) (1 dia); 4. Treinamento (45 dias); 5. Licença de operação (CNEN + ANVISA) (3 dias); 6. Operação (1 dia); e 7. Inauguração (15 dias). O prazo total previsto para essas fases totaliza 117 dias.

Com o intuito de verificar o tempo efetivamente gasto na execução dessa etapa do Plano de Expansão de Radioterapia, analisou-se as datas de término da obra até a inauguração do uso do acelerador linear, conforme demonstrada no quadro a seguir:

Quadro 22: Tempo decorrido para instalação do acelerador linear após execução da obra:

HOSPITAIS	DATA TÉRMINO DA OBRA	DATA INAUGURAÇÃO DO ACELERADOR	TEMPO GASTO (dias)
-----------	----------------------	--------------------------------	--------------------

Santa Casa de Misericórdia Maceió/AL	28/04/2017	26/07/2017	89
Hospital Dom Pedro de Alcântara de Feira de Santana/BA	08/11/2016	13/05/2017	186
Hospital da Fundação de Assistência da Paraíba/PB	02/09/2016	28/11/2016	87
Hospital Erasto Gaertner/PR	17/11/2016	12/06/2017	207
Tempo Médio:			142

Fonte: Elaboração própria, com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

Os dados acima revelam que os Hospitais Dom Pedro de Alcântara de Feira de Santana e Erasto Gaertner, tiveram o tempo gasto para inauguração da solução radioterápica superior ao definido, enquanto que nos Hospitais da Fundação de Assistência da Paraíba e da Santa Casa de Misericórdia de Maceió o prazo previsto foi cumprido.

Cabe destacar que, de acordo com informações do Ministério da Saúde, a instalação do acelerador linear do Hospital Governador João Alves Filho/HUSE atrasou devido a problemas na importação do equipamento devido à pendências com o INSS. Convém destacar que o acelerador linear deste hospital ainda não foi instalado.

Considerando os casos apresentados no Quadro 22, o tempo médio para instalação do acelerador linear foi de 142 dias, demonstrando que essa etapa também poderá vir a ser um gargalo na execução do Plano de Expansão, havendo riscos de atrasos maiores, principalmente, quando houver vários hospitais ao mesmo tempo nessa fase de instalação do acelerador linear.

Cabe destacar que na apresentação dos resultados da Varian Medical Systems referente ao quarto trimestre de 2017, a empresa alega que as despesas com encargos aduaneiros no Brasil representam uma das principais causas da diminuição do resultado operacional da companhia em cerca de 11% em relação ao período anterior, considerando sua operação em todos os países. Isso indica que a empresa contratada considera que esse custo tem grande impacto no seu resultado operacional, apesar da reduzida quantidade de aceleradores lineares do Plano de Expansão importados no quarto trimestre de 2017. A tendência é que esses encargos se tornem mais impactantes no processo de importação dos equipamentos à medida que mais obras de construção dos bunkers sejam concluídas, incorrendo no risco de solicitação de reajuste contratual para manutenção do equilíbrio econômico-financeiro.

Causa

- Existência de fatores relacionados aos hospitais que impedem a efetivação das importações dos aceleradores lineares.
- Custo dos encargos aduaneiros na importação dos equipamentos a serem arcados pela empresa contratada.

Manifestação da Unidade Examinada

Após Reunião de Busca Conjunta de Soluções realizada no Ministério da Saúde, no dia 11/01/2018, foram apresentadas por intermédio do Ofício nº 30/2018/SCTIE/MS, de 24/01/2018, as considerações transcritas a seguir:

"(...) Acatamos as recomendações.

"No tocante, a instalação e comissionamento dos aceleradores lineares, até o momento, não há registro de qualquer atraso causado por culpa da Varian Medical System, INC."

Análise do Controle Interno

O Ministério da Saúde informa que acata as recomendações referentes à fase de instalação do acelerador linear que serão devidamente acompanhadas por intermédio do Plano de Providências da Unidade.

Recomendações:

Recomendação 1: Adiantar o processo de levantamento da documentação necessária para viabilizar a importação dos aceleradores lineares do Plano de Expansão, visando sanar eventuais pendências ainda durante a execução das obras

Recomendação 2: Notificar os hospitais participantes do Plano de Expansão da Radioterapia acerca da documentação necessária para a importação do acelerador linear tão logo ocorra a respectiva publicação do edital para a obra.

Recomendação 3: Apurar se houve descumprimento contratual por parte da empresa Varian Medical System no que diz respeito ao prazo para a instalação dos aceleradores lineares no âmbito do Contrato nº 134/2013 e adotar as medidas cabíveis.

1.1.1.9 CONSTATAÇÃO

Risco de irregularidades na celebração de termos aditivos ao Contrato nº 134/2013 no âmbito do Plano de Expansão da Radioterapia

Fato

O Contrato nº 134/2013 foi celebrado em dezembro de 2013. De acordo com a Clausula Sétima do referido contrato, sua vigência era de um ano, podendo ser prorrogado com base no Inciso I do art. 57 da Lei 8.666/93, transcrito a seguir:

Art. 57. A duração dos contratos regidos por esta Lei ficará adstrita à vigência dos respectivos créditos orçamentários, exceto quanto aos relativos:

I - aos projetos cujos produtos estejam contemplados nas metas estabelecidas no Plano Plurianual, os quais poderão ser prorrogados se houver interesse da Administração e desde que isso tenha sido previsto no ato convocatório;

Nesse sentido, o Plano Plurianual de 2012 a 2015 previa a meta de *“Implantar o Plano de Expansão da Radioterapia, que contempla 80 serviços, sendo 39 ampliações de serviços já habilitados e 41 novos serviços, até 2015”*.

Como o referido contrato foi celebrado no final de 2013, restou ao Ministério 2 anos para a execução do Plano de Expansão e entrega das 80 soluções de radioterapia, tendo como suporte a meta do PPA 2012-2015. Em consonância com esse prazo, o Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) referente ao exercício 2014 ratificava a previsão de que as 80 soluções seriam implantadas até o ano de 2015.

Contudo, no ano de 2015 o Plano de Expansão demonstrava atrasos na sua execução, visto que, à época, só havia 9 obras recém iniciadas, estando a maior parte dos hospitais (46 projetos) ainda na fase inicial do Plano, ou seja, de aprovação de projetos básicos.

Diante da impossibilidade de cumprimento da meta até 2015, o Governo Federal incluiu novamente uma meta referente ao Plano de Expansão no Plano Plurianual para o quadriênio 2016 a 2019: *“Implantar 80 soluções de radioterapia contempladas no Plano de Expansão de Radioterapia”*.

Passados cerca de quatro anos do início de execução do contrato, o Plano de Expansão não alcançou a execução esperada. Esse fato pode ser verificado com base nos dados divulgados no site do Ministério da Saúde, onde até agosto de 2017, apenas 4 obras foram entregues, 8 estão em execução, e 2 estão paralisadas.

Ao tomar como base o tempo médio gasto até então em cada etapa do Plano de Expansão, infere-se que as 80 soluções não deverão ser entregues até o final de 2019. Conforme tratado em pontos específicos desse relatório, o tempo médio decorrido para a conclusão das obras (Fase 10) foi de 515 dias. Já o tempo médio decorrido para a instalação dos equipamentos (Fase 11) foi de 142 dias. Dessa forma, o tempo médio entre o início da obra e a instalação do equipamento nos casos que já concluíram essas etapas foi de 657 dias (cerca de 22 meses). Se mantido esse padrão, a expectativa é que as soluções serão entregues até dezembro de 2019 somente nos casos em que as obras se iniciarem até fevereiro de 2018.

Pelas estimativas atualizadas do Ministério da Saúde, mais de 30 hospitais terão as obras iniciadas após fevereiro de 2018. Além disso, cerca de 15 hospitais deverão ser integrados ao Plano de Expansão em decorrência da exclusão de estabelecimentos originalmente selecionados. Isso indica a existência do risco de que mais da metade das soluções não sejam entregues até 2019.

Ressalta-se que essa estimativa é feita com base na série histórica observada no próprio Plano de Expansão e que esse prazo médio para a conclusão das obras tende a diminuir à medida que os processos forem aprimorados.

Cabe destacar que o Ministério da Saúde prevê prorrogações contratuais após 2019, tanto pela necessidade de substituir os hospitais excluídos, como pelos atrasos ocorridos nas fases do Plano de Expansão.

Além disso, a prorrogação do Contrato nº 134/2013 para além do ano de 2019 está condicionada à inclusão de nova meta relacionada ao Plano de Expansão no PPA 2020 a 2023, configurando o terceiro plano plurianual seguido com a mesma meta.

Sobre esse aspecto, cabe citar trecho da obra de Marçal Justen Filho acerca dos prazos de validade dos contratos relacionados a metas contidas no PPA:

“Não é necessário pactuar o prazo de um ano, “prorrogável” sucessivamente. Essa alternativa, aliás, afigura-se inadequada. A Administração deve determinar, em termos precisos, o prazo necessário à execução do projeto. Fixado o prazo, o particular terá o dever de cumprir o cronograma e a Administração o de realizar os pagamentos apropriados. A faculdade de prorrogação não se destina a ser utilizada permanentemente. É exceção e não justifica a eternização do contrato”.
(Grifo Nosso)

No caso do Contrato nº 134/2013, sempre foi notória a impossibilidade de executar o contrato em apenas um ano. Também era inconsistente a previsão de conclusão do Plano de Expansão no ano de 2015, dada sua complexidade. Contudo, conforme se depreende do trecho supracitado, é fundamental a fixação de prazo factível para esse contrato, ainda que seja superior a um ano. Essa fixação possibilitará que haja segurança jurídica a todos os atores envolvidos ou interessados nesse contrato.

Além da prorrogação do prazo contratual, o Ministério da Saúde manifesta interesse em aditivar em 25% o item 1 do objeto contratado, visando a aquisição de mais 20 aceleradores lineares. O Ministério da Saúde argumenta que haverá economia de 60% na compra desses aceleradores, vez que o valor do equipamento no âmbito do Contrato nº 134/2013 está abaixo dos valores atuais de mercado. Como se trata da aquisição de apenas um item do contrato, e não da solução completa, será necessária a seleção de hospitais que já possuam *bunkers* construídos e adequados para a instalação do acelerador linear fornecido pela Varian.

Sobre esse possível aditivo contratual, convém destacar que no Pregão Presencial nº 11/2013, que deu origem ao Contrato nº 134/2013, foram licitados 12 itens que integram a chamada “solução de radioterapia”. Na ocasião, a Varian se consagrou vencedora do certame por se tratar de licitação com o critério de menor preço global. Ao considerar cada item licitado, a Varian não apresentou o menor preço para 8 dos 12 itens, incluindo o item 1 que poderá ser aditivado. O quadro a seguir indica as menores propostas, por itens, apresentadas pelas empresas Varian e Elekta:

Quadro 23: Propostas de preços apresentadas no âmbito do Pregão Presencial nº 11/2013:

ITEM	DESCRIÇÃO	PROPOSTA VARIAN	PROPOSTA ELEKTA
1	ACELERADOR LINEAR	R\$ 97.856.690,31	R\$ 94.441.825,93
2	FONTE RADIOATIVA	R\$ 177.357,80	R\$ 82.145,04
3	SISTEMA DE PLANEJAMENTO	R\$ 6.921.280,00	R\$ 6.748.248,00
4	SISTEMA DE BRAQUITERAPIA	R\$ 1.557.335,69	R\$ 2.003.348,62
7	PROJETOS (AMPLIAÇÃO)	R\$ 720.068,22	R\$ 171.992,62
8	PROJETOS (CONSTRUÇÃO)	R\$ 2.379.305,39	R\$ 616.330,69
9	PROJETOS (CONSTRUÇÃO COM BRAQUI)	R\$ 734.497,42	R\$ 95.401,67
10	FISCALIZAÇÃO DAS OBRAS (AMPLIAÇÃO)	R\$ 3.333.792,00	R\$ 4.995.925,44
11	FISCALIZAÇÃO DAS OBRAS (CONSTRUÇÃO)	R\$ 5.183.640,00	R\$ 9.248.094,80
12	FISCALIZAÇÃO DAS OBRAS (CONSTRUÇÃO COM BRAQUI)	R\$ 650.496,00	R\$ 1.346.482,11

13	MESA GINECOLÓGICA	R\$ 10.881,36	R\$ 6.374,76
14	APARELHO RAIOS X	R\$ 464.655,81	R\$ 242.829,86
TOTAL		R\$ 119.990.000,00	R\$ 119.998.999,54

Fonte: Elaboração própria, com base na Ata do Pregão Presencial nº 11/2013

Observa-se que a proposta da Varian para o item 1 foi cerca de R\$ 3,4 milhões superior à proposta da Elekta, considerando a aquisição de 80 aceleradores lineares. Nesse contexto, o Ministério da Saúde deve avaliar, além da economicidade, a legalidade da aditivação do item 1 do Contrato nº 134/2013, sobretudo diante do risco de macular o Pregão Presencial nº 11/2013 por direcionamento ou “jogo de planilha”.

Para ilustrar, segue simulação do resultado do referido pregão se a quantidade do item 1 for alterada para 100 unidades e mantidas as demais condições:

Quadro 24: Simulação do resultado do Pregão Presencial nº 11/2013 alterando a quantidade adquirida no item 1:

DESCRIÇÃO	PREÇO OFERTADO PELA VARIAN	PREÇO OFERTADO PELA ELEKTA
ITEM 1 - ACELERADOR LINEAR (100 UNIDADES)	R\$ 122.320.862,89	R\$ 118.052.282,41
SOMA DOS DEMAIS ITENS	R\$ 22.133.309,69	R\$ 25.557.173,61
TOTAL	R\$ 144.454.172,58	R\$ 143.609.456,02

Fonte: Elaboração própria, com base na Ata do Pregão Presencial nº 11/2013

Ressalta-se que o quadro 24 acima consiste em uma simulação e que não há indícios de que as propostas apresentadas seriam mantidas pelos licitantes caso a quantidade do item 1 fosse diferente. Ainda assim, essa simulação indica que a legalidade da aditivação do item 1 do Contrato nº 134/2013 pode ser questionada, sobretudo se for considerado que grande parte dos demais itens licitados, que foram decisivos para que a proposta da Varian fosse a menor, sequer foi executada ainda.

Como exemplo, a maior parte dos itens 10, 11 e 12, que tratam das fiscalizações das obras, não foi executada. Considerando que diversos hospitais ainda estão nas fases iniciais do Plano e que outros foram excluídos, é factível supor que esses itens poderão não ser executados na totalidade licitada. Novamente a título de exemplo, segue a simulação dos valores em um cenário onde 20% do total inicialmente previsto para os itens 10 a 12 não seja executado e que o item 1 seja aditivado em 25%:

Quadro 25: Simulação do resultado do Pregão Presencial nº 11/2013 alterando a quantidade adquirida nos itens 1,10,11 e 12:

DESCRIÇÃO	PREÇO OFERTADO PELA VARIAN	PREÇO OFERTADO PELA ELEKTA
ITEM 1 COM ACRÉSCIMO DE 25%	R\$ 122.320.862,89	R\$ 118.052.282,41
ITENS 10,11 E 12 COM REDUÇÃO DE 20%	R\$ 7.334.342,40	R\$ 12.472.401,88
SOMA DOS DEMAIS ITENS	R\$ 12.965.381,69	R\$ 9.966.671,26
TOTAL	R\$ 142.620.586,98	R\$ 140.491.355,55

Fonte: Elaboração própria, com base na Ata do Pregão Presencial nº 11/2013

Apesar de consistir em conjecturas, há possibilidade de que os cenários acima descritos de fato se configurem. No caso do cenário indicado no Quadro 25, conjugando aumento no item 1 e diminuição nos itens 10, 11 e 12, a diferença de preço final seria superior a R\$ 2 milhões. Essas possibilidades indicam que o Ministério da Saúde deve analisar, com

a devida cautela, as possibilidades de celebração de termos aditivos ao Contrato nº 134/2013 (prorrogações e acréscimos), inclusive mantendo a vinculação do contrato ao respectivo processo licitatório.

Causa

- O prazo de vigência do Contrato nº 134/2013 é incompatível com o seu objeto e não foi fixado prazo factível para sua conclusão
- A licitação foi realizada com base no critério de menor preço global, o que fragiliza a aditivação de itens específicos.

Manifestação da Unidade Examinada

Após Reunião de Busca Conjunta de Soluções realizada no Ministério da Saúde, no dia 11/01/2018, foram apresentadas por intermédio do Ofício nº 30/2018/SCTIE/MS, de 24/01/2018, as considerações transcritas a seguir:

“ A gerência de projetos está ajustando o cronograma de execução das etapas previstas para a conclusão do Plano de Expansão de Radioterapia, ocorre que sua conclusão está intrinsecamente vinculada a formalização do Termo Aditivo que substituirá os serviços excluídos. ”

“ A gerência de projetos do plano de expansão da radioterapia, elaborou Nota Técnica nº 12/2018-CGEMS/DECIIS/SCTIE/MS, solicitando Parecer da Consultoria Jurídica – CONJUR sobre a possibilidade jurídica de celebração de termo aditivo de 25% para aquisição do acelerador linear no âmbito do Contrato n. 134/2013, considerando os riscos apontados no Relatório n 201701503, exarado pela Coordenação Geral de Auditoria da Área de Saúde – SFC/DS/CGSAU.

Em tempo, ressaltamos que os objetos de apoio a fiscalização e supervisão das obras vem sendo executado, concomitantemente com a execução das obras”.

Análise do Controle Interno

Diante do exposto, verifica-se que o Ministério da Saúde está adotando medidas no sentido de atender às recomendações exaradas por esta CGU, que serão devidamente acompanhadas por intermédio do Plano de Providencias Permanente da Unidade.

Recomendações:

Recomendação 1: Estabelecer um prazo factível para a vigência do Contrato nº 134/2013 e submeter para a avaliação jurídica a possibilidade de celebrar Termos Aditivos a esse contrato com prazo superior a doze meses.

Recomendação 2: Submeter para a avaliação jurídica a possibilidade de celebração de termo aditivo para aquisição de somente parte do objeto licitado (acelerador linear) no âmbito do Contrato nº 134/2013, considerando os riscos apontados nesse relatório.

1.1.1.10 CONSTATAÇÃO

Ausência de incremento na oferta total de procedimentos radioterápicos em município beneficiado pelo Plano de Expansão da Radioterapia, apesar do aumento das transferências federais.

Fato

Com o objetivo de avaliar os impactos do Plano de Expansão da Radioterapia na oferta de tratamentos no SUS, foram analisados os dados de produção no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) dos municípios beneficiados com a instalação das soluções de radioterapia.

Após o início do funcionamento da solução de radioterapia implantada no âmbito do Plano de Expansão, o Ministério da Saúde aumenta o valor repassado ao Estado ou Município gestor do hospital beneficiado, com base na quantidade de atendimentos esperados para aquele equipamento.

Esse aumento na transferência se dá na rubrica denominada Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (Teto MAC). A fórmula de cálculo do valor a ser acrescido nesses casos está contida no Anexo IV da Portaria GM/MS nº 140/2014 e pode ser transcrita da seguinte forma:

$$IFTeto = QtMinRT \times \frac{ValAprovRT}{QtAprovRT}$$

Onde:

IFTeto = Impacto financeiro anual sobre o Teto MAC

QtMinRT = Quantidade mínima de procedimentos esperados para cada acelerador linear instalado. O art. 31 da Portaria nº 140/2014 indica que a quantidade mínima é de 43.000 campos por equipamento.

ValAprovRT = Valor médio dos procedimentos de radioterapia aprovados nos últimos doze meses. Os procedimentos de radioterapia estão indicados na Tabela SUS pelo código 01.04.03.

QT Aprov RT = Quantidade de procedimentos de radioterapia com acelerador linear e com aparelho de cobaltoterapia (códigos 0304010090, 0304010286 e 0304010294) aprovados nos últimos doze meses.

Com a aplicação dessa fórmula, o impacto financeiro decorrente do início do funcionamento de um acelerador linear no âmbito do Plano de Expansão é em torno de R\$ 1,7 milhão por ano, conforme descrito no quadro a seguir:

Quadro 26: Acréscimos nos Tetos MAC decorrentes do Plano de Expansão da Radioterapia

HOSPITAL	PORTARIA	ACRÉSCIMO TETO MAC
Hospital Dom Pedro de Alcântara - Feira de Santana/BA	1261/2017	R\$ 1.796.439,67

Hospital da Fundação de Assistência da Paraíba – Campina Grande/PB	1257/2017	R\$ 1.722.257,21
Hospital Erasto Gaertner – Curitiba/PR	1777/2017	R\$ 1.770.956,58

Fonte: Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade

Para o Hospital da Santa Casa de Misericórdia Maceió/AL não foram identificados aumentos nos Tetos MAC decorrentes do Plano de Expansão da Radioterapia.

Percebe-se que a principal variável considerada para o cálculo do impacto financeiro é a expectativa de que o aparelho instalado acarretará no aumento de 43.000 campos irradiados, ou seja, ao aumentar o Teto MAC com base na metodologia de cálculo indicada anteriormente, o Ministério da Saúde passa a transferir recursos financeiros ao ente público gestor do hospital no valor equivalente a 43.000 campos, conforme indicado no art. 31 da Portaria SAS/MS nº 140/2014. Em termos mensais, esse parâmetro é de aproximadamente 3.500 campos irradiados.

Nesse sentido, foram analisadas as quantidades aprovadas dos procedimentos 0304010286 (radioterapia com acelerador linear só de fótons) e 0304010294 (radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons) nos municípios em que as soluções foram entregues e que receberam aumento no Teto MAC (Feira de Santana/BA, Campina Grande/PB e Curitiba/PR). Seguem análises sobre esses municípios:

a) Feira de Santana/BA

A solução de radioterapia do Plano de Expansão foi entregue no Hospital Dom Pedro de Alcântara, no município de Feira de Santana/BA, em maio de 2017. Antes desse acelerador linear, o referido hospital já possuía um outro acelerador, conforme informações do CNES.

Além desse Hospital, o município de Feira de Santana conta com um acelerador linear instalado no Instituto de Oncologia da Bahia (ION), também de acordo com CNES.

Dessa forma, antes da instalação do acelerador linear no âmbito do Plano de Expansão, o município de Feira de Santana/BA possuía dois aceleradores lineares disponíveis para o SUS. O quadro a seguir indica a quantidade de procedimentos de radioterapia com aceleradores lineares realizados no município de Feira de Santana/BA entre janeiro e setembro de 2017.

Quadro 27: Produção aprovada de procedimentos de radioterapia com acelerador linear no município de Feira de Santana/BA

MÊS/ANO DE ATENDIMENTO	QUANTIDADE APROVADA	QUANTIDADE DE ACELERADORES	PRODUÇÃO MÉDIA POR ACELERADOR
Janeiro de 2017	5575	2	2788
Fevereiro de 2017	4524	2	2262
Março de 2017	5444	2	2722
Abril de 2017	5300	2	2650
Maio de 2017	8837	3	2946
Junho de 2017	7751	3	2584

Julho de 2017	6924	3	2308
Agosto de 2017	8317	3	2772
Setembro de 2017	7002	3	2334

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)

Percebe-se que, em termos absolutos, a oferta de procedimentos radioterápicos após a instalação do acelerador linear do Plano de Expansão em Feira de Santana/BA (maio de 2017) aumentou em aproximadamente 40%.

Entretanto, a produção média por acelerador disponível para o SUS não sofreu alterações significativas, permanecendo na faixa de 2.600 campos irradiados por equipamento. Essa produtividade está abaixo do parâmetro de 3.500 campos por mês indicado na Portaria SAS/MS nº 140/2013 e utilizado para calcular o aumento das transferências federais ao Município.

Esse caso indica uma situação indesejada na qual, apesar do aumento da quantidade de tratamentos ofertados em decorrência do Plano de Expansão, a produtividade dos hospitais habilitados para o tratamento radioterápico no município está abaixo do parâmetro esperado, em que pese a transferência de recursos federais de acordo com tal parâmetro.

b) Campina Grande/PB

O acelerador linear do Hospital da Fundação de Assistência da Paraíba (FAP), localizado em Campina Grande/PB, foi o primeiro entregue no Plano de Expansão. Antes desse equipamento, o município já contava com um acelerador linear instalado no mesmo hospital. Destaca-se que o referido hospital não atualizou o CNES com informações sobre o acelerador linear instalado no Plano de Expansão. Seguem informações acerca dos procedimentos de radioterapia com acelerador linear realizados em Campina Grande/PB:

Quadro 28: Produção aprovada de procedimentos de radioterapia com acelerador linear no município de Feira de Santana/BA

MÊS/ANO DE ATENDIMENTO	QUANTIDADE APROVADA	QUANTIDADE DE ACELERADORES	PRODUÇÃO MÉDIA POR ACELERADOR
Janeiro de 2016	8662	1	8662
Fevereiro de 2016	5664	1	5664
Março de 2016	7090	1	7090
Abril de 2016	6292	1	6292
Mai de 2016	7545	1	7545
Junho de 2016	6515	1	6515
Julho de 2016	7100	1	7100
Agosto de 2016	6174	1	6174
Setembro de 2016	5285	1	5285
Outubro de 2016	5385	1	5385
Novembro de 2016	3277	2	1639

Dezembro de 2016	6294	2	3147
Janeiro de 2017	7618	2	3809
Fevereiro de 2017	5516	2	2758
Março de 2017	7111	2	3556
Abril de 2017	5340	2	2670
Maio de 2017	7361	2	3681
Junho de 2017	7388	2	3694
Julho de 2017	7746	2	3873
Agosto de 2017	7625	2	3813
Setembro de 2017	7014	2	3507

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)

Os dados acima indicam que a oferta de procedimentos de radioterapia com acelerador linear no município de Campina Grande/PB é compatível com o parâmetro indicado na Portaria SAS/MS nº 140/2014 e, conseqüentemente, com o aumento do Teto MAC realizado em decorrência do Plano de Expansão da Radioterapia.

Entretanto, percebe-se que não houve aumentos significativos na quantidade total de procedimentos realizados após a entrega do equipamento do Plano de Expansão. A produção média por aparelho instalado era em torno de 6.500 campos antes da instalação do segundo acelerador. Após a instalação do segundo acelerador, a produção média ficou em torno de 3.300 campos por equipamento.

Esse caso também indica uma situação indesejada na qual não houve aumento na quantidade de tratamentos ofertados em decorrência do Plano de Expansão, apesar da produtividade dos hospitais habilitados estar dentro do parâmetro esperado. Essa situação revela que o impacto do Plano de Expansão pode ser no desfogo de um serviço já instalado e não no aumento da oferta de tratamentos.

c) Curitiba/PR

A solução de radioterapia no Hospital Erasto Gaertner foi entregue em junho de 2017. Antes desse equipamento, o município de Curitiba/PR já possuía 5 aceleradores lineares instalados em estabelecimentos habilitados para realizar tratamento radioterápico no SUS, conforme dados do CNES. Desses 5 equipamentos existentes, 2 pertenciam à Clínica Paranaense de Tumores e 3 pertenciam ao próprio Hospital Erasto Gaertner, que, com a entrega do acelerador do Plano de Expansão, passou a ter 4 equipamentos instalados. Seguem informações sobre a produção no referido município.

Quadro 29: Produção aprovada de procedimentos de radioterapia com acelerador linear no município de Feira de Santana/BA

MÊS/ANO DE ATENDIMENTO	QUANTIDADE APROVADA	QUANTIDADE DE ACCELERADORES	PRODUÇÃO MÉDIA POR ACCELERADOR
Março de 2017	19363	5	3873
Abril de 2017	14196	5	2839
Maio de 2017	16333	5	3267

Junho de 2017	21049	6	3508
Julho de 2017	18164	6	3027
Agosto de 2017	21916	6	3653
Setembro de 2017	19237	6	3206

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)

Percebe-se que a oferta de procedimentos de radioterapia por acelerador linear instalado no município de Curitiba/PR também é compatível com o parâmetro indicado na Portaria SAS/MS nº 140/2014 e, conseqüentemente, com o aumento do Teto MAC realizado em decorrência do Plano de Expansão da Radioterapia.

Além disso, a quantidade de procedimentos realizados nos três meses após a instalação do acelerador no âmbito do Plano de Expansão foi 22,5% superior ao quantitativo realizado nos três meses anteriores. Esse aumento é compatível, em termos proporcionais, com o aumento de equipamentos instalados decorrente do Plano de Expansão no município.

Esse caso retrata a situação desejada com o Plano de Expansão da Radioterapia, onde a instalação do acelerador linear corresponde a um aumento na oferta total de procedimentos de radioterapia no município.

Esses três casos analisados ilustram possíveis impactos do Plano de Expansão na oferta de tratamentos radioterápicos no SUS. Cabe ao Ministério da Saúde considerar essas possibilidades e adotar providências, dentro de suas competências, visando assegurar o aumento da oferta de tratamentos e o adequado financiamento federal desses procedimentos.

A primeira possibilidade, que representa a situação ideal, é que o Plano de Expansão acarrete aumento na oferta total de procedimentos realizados no município ou região e que essa produção total seja compatível com o parâmetro esperado. Nesse caso, o aumento do Teto MAC com base no parâmetro de produção se mostra adequado.

A segunda possibilidade é que a instalação do acelerador linear do Plano de Expansão acarrete a diminuição de produtividade de outros equipamentos já instalados. Nesse caso, não há aumento na produção total no município ou região compatível com o novo equipamento.

A terceira possibilidade verificada nos casos analisados é aquela em que o parâmetro mínimo esperado não é alcançado mesmo após a instalação do acelerador linear do Plano de Expansão. Nesse caso, o aumento do Teto MAC com base no parâmetro de produção é inadequado uma vez que o ente federado passa a receber recursos federais em montantes superiores à oferta de tratamentos radioterápicos no município ou região.

Uma vez que os recursos federais decorrentes do aumento da capacidade de atendimento são transferidos ao ente federado gestor do estabelecimento de saúde (Estado ou Município), é necessário que o Ministério da Saúde avalie a produtividade dos demais equipamentos de radioterapia vinculados àquele ente ao decidir sobre o aumento ou a diminuição do Teto MAC. Dessa forma, ao invés de calcular os valores do Teto MAC com base na produtividade esperada para cada equipamento, o Ministério da

Saúde deveria calcular com base na produtividade esperada de todos os equipamentos existentes sob gestão do ente.

Por exemplo, se um município possui dois aceleradores lineares sob sua gestão onde um deles produz 43.000 campos por ano e o outro produz 10.000 campos, isso significa que, juntos, eles produzem o parâmetro esperado para um único acelerador (43.000 campos). Nesse caso, se o aumento de Teto MAC considerasse a capacidade de todos os equipamentos (e não de cada equipamento isolado), a instalação de um novo acelerador linear do Plano de Expansão não geraria aumento automático do Teto MAC, uma vez que o município já recebia recursos referentes a 83.000 campos e só produzia 43.000 campos.

Caso essa metodologia fosse empregada, o aumento do Teto MAC no município de Campina Grande/PB, que apresentava produtividade superior ao parâmetro do Ministério da Saúde, deveria ser superior ao aumento no município de Feira de Santana/BA, que apresentava produtividade aquém do parâmetro.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde não deve promover o aumento do Teto MAC decorrente do Plano de Expansão sem antes avaliar a oferta global de procedimentos realizados em estabelecimentos sob gestão do referido ente, visando evitar a transferência de recursos em montante superior à quantidade de procedimentos efetivamente ofertados.

Causa

- Insuficiência dos mecanismos utilizados pelo Ministério da Saúde para garantir que a implantação de um novo equipamento acarretará aumento na oferta total de procedimentos no município/região.
- Impossibilidade de vincular a produção ambulatorial de radioterapia ao equipamento utilizado quando há mais de um equipamento do mesmo tipo instalado no estabelecimento.
- O Ministério da Saúde promove alterações dos Tetos MAC dos Estados/Municípios com base na produção esperada de cada estabelecimento habilitado, sem considerar a produção efetiva dos estabelecimentos geridos pelo ente federado beneficiário das transferências federais.

Manifestação da Unidade Examinada

Não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções, referente a esta constatação.

Análise do Controle Interno

Não há análise do Controle Interno, pois não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções sobre o assunto.

Recomendações:

Recomendação 1: Considerar a efetiva oferta de procedimentos de radioterapia de todos os estabelecimentos geridos pelo ente federado ao calcular o impacto financeiro no Teto MAC decorrente da instalação do equipamento do Plano de Expansão da Radioterapia.

Recomendação 2: Instituir mecanismos para que a produção ambulatorial informada no SIA/SUS indique qual equipamento de radioterapia registrado no CNES foi utilizado no procedimento.

Recomendação 3: Não incluir, no Plano de Expansão da Radioterapia, hospitais que realizem procedimentos de radioterapia em quantitativo inferior ao previsto em sua habilitação prévia para serviços radioterápicos.

1.1.1.11 CONSTATAÇÃO

Risco de remuneração indevida para o custeio de procedimentos realizados no SUS com equipamentos do plano de expansão da radioterapia

Fato

A análise dos compromissos assumidos pelos gestores dos estabelecimentos de saúde participantes do Plano de Expansão da Radioterapia, conforme dispositivos dos Termos de Adesão celebrados, revela que as instituições filantrópicas devem ofertar serviços de atendimento à população sob regulação do gestor do SUS.

O referido instrumento não dispõe de regras específicas sobre os valores a serem praticados para o custeio dos procedimentos de radioterapia no âmbito do Plano de Expansão. Diante da inexistência de regulamento específico, aplica-se as regras gerais para o pagamento por procedimentos no âmbito do SUS.

A Portaria GM/MS nº 2.567/2016 estabelece que a participação de instituições filantrópicas no SUS deve ser formalizada mediante contrato ou convênio celebrado com o ente público. O art. 3º da mesma portaria estabelece que a remuneração pelos serviços contratados junto às instituições filantrópicas deve utilizar como referência a Tabela de Procedimentos do SUS.

Entretanto, admite-se que o gestor local do SUS realize pagamentos por procedimentos em valores superiores àqueles indicados na Tabela do SUS, conforme disposto no art. 1º da Portaria GM/MS nº 1.606/2001.

Diante disso, percebe-se que as instituições filantrópicas participantes do Plano de Expansão da Radioterapia poderão pactuar, junto aos gestores locais do SUS, os valores a serem pagos em contraprestação aos procedimentos realizados. Caso essas pactuações obedeçam estritamente aos valores da Tabela SUS, a instituição filantrópica irá se apropriar indevidamente dos custos decorrentes da implantação da solução de radioterapia.

Isso porque o valor da Tabela SUS é definido, ao menos em tese, tendo como base os custos que os estabelecimentos de saúde devem arcar para ofertar o procedimento,

incluindo os gastos correntes (pessoal, insumos, manutenção etc.) e de capital (aquisição de equipamentos, obras etc.). Tanto é assim que os valores da Tabela SUS são utilizados como referência também nos casos em que o estabelecimento de saúde arcou com todos os custos para a instalação e funcionamento do acelerador linear.

Nos casos do Plano de Expansão, esses custos são arcados pela União (recursos públicos) e não são considerados nos valores pagos pelo SUS (recursos públicos) para o custeio dos procedimentos realizados. A situação se torna mais crítica ao consideramos que as instituições filantrópicas poderão ser remuneradas por valores superiores aos definidos na Tabela SUS, conforme pactuação com os gestores locais.

Em situação análoga, o Ministério da Saúde já ajusta os valores da Tabela SUS quando arca com parte dos custos para a realização do procedimento. Como exemplo, o Ministério da Saúde adquire e distribui o medicamento trastuzumabe utilizado na quimioterapia de câncer de mama e, por conta disso, incluiu procedimento específico na Tabela SUS com valor inferior àqueles em que o quimioterápico é adquirido pelo próprio estabelecimento.

Diante do exposto, percebe-se que a inexistência de valores diferenciados para os procedimentos realizados com equipamentos do Plano de Expansão da Radioterapia implica no risco de apropriação, por parte das instituições filantrópicas, dos investimentos realizados pelo Governo Federal.

Causa

- Inexistência de regras específicas para a contratualização e a remuneração dos serviços de radioterapia realizados por estabelecimentos privados com equipamentos do Plano de Expansão.

Manifestação da Unidade Examinada

Não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções, referente a esta constatação.

Análise do Controle Interno

Não há análise do Controle Interno pois não houve manifestação da unidade após a reunião de busca conjunta de soluções sobre o assunto.

Recomendações:

Recomendação 1: Instituir regras específicas para a contratação e a remuneração dos serviços de radioterapia realizados por estabelecimentos privados com equipamentos do Plano de Expansão, considerando os custos arcados pela União para aquisição e instalação desses equipamentos.

1.1.1.12 CONSTATAÇÃO

Possibilidade de utilização das soluções do Plano de Expansão da Radioterapia no setor privado

Fato

Com o objetivo de avaliar os potenciais impactos do Plano de Expansão da Radioterapia na oferta de procedimentos oncológicos no Sistema Único de Saúde (SUS), foram analisados os compromissos assumidos pelos gestores dos estabelecimentos de saúde contemplados no programa. De acordo com o item 4.5 do Termo de Adesão ao Plano de Expansão da Radioterapia, a instituição participante deve prestar serviços de atendimento em radioterapia à população conforme regulação do gestor local do SUS.

No que diz respeito às instituições filantrópicas, o Termo de Adesão indica que a disponibilização dos serviços de radioterapia será destinada ao SUS numa proporção mínima de 60%, ou seja, 40% dos atendimentos utilizando esses equipamentos podem ser destinados ao setor privado, trata-se da “Regra do 60/40”. Dentre os 80 estabelecimentos inicialmente selecionados para o Plano de Expansão da Radioterapia, 44 (55%) são filantrópicos e, por consequência, podem destinar 40% da produção a pacientes privados.

Nesse sentido, a configuração da política permite que somente 78% da capacidade operacional dos aceleradores lineares do Plano de Expansão da Radioterapia sejam necessariamente destinados ao SUS (60% de 44 soluções em hospitais filantrópicos e 100% de 36 soluções em hospitais públicos). Dessa forma, percebe-se que parte significativa dos recursos aplicados no Plano de Expansão da Radioterapia pode não implicar em aumento na oferta de tratamento no SUS, uma vez que 22% dos procedimentos realizados com os equipamentos desse plano podem ser destinados a pacientes beneficiários de planos de saúde ou que paguem diretamente ao estabelecimento pelo tratamento oncológico.

Como agravante desse risco, convém destacar que o monitoramento da produção desses estabelecimentos é feito por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e que os registros nesse sistema não indicam qual equipamento de radioterapia foi utilizado. Isso possibilita que um estabelecimento filantrópico utilize toda a capacidade do equipamento do Plano de Expansão para atendimentos privados e utilize o equipamento já existente, que geralmente se encontram em condições piores, para atendimentos a pacientes do SUS. Nesse caso, as informações do SIA/SUS indicarão que o estabelecimento obedece a regra do 60/40.

A possibilidade de utilização desses equipamentos em atendimentos privados configura uma situação em que os recursos públicos federais são utilizados para financiar relações estritamente privadas entre o estabelecimento de saúde filantrópico e o consumidor do serviço prestado, seja por meio do pagamento direto pelo usuário ou por intermediação de operadoras de planos de saúde.

Ressalta-se que em 2012 a CGU realizou auditoria sobre o edital do Plano de Expansão (Relatório nº 201211691) e identificou risco de restrição do acesso de pacientes do SUS aos procedimentos realizados com equipamentos do Plano de Expansão. Na ocasião não havia a exigência de destinação mínima ao SUS, o que permitia às instituições filantrópicas destinar qualquer proporção de atendimentos a pacientes não SUS.

A regra de destinação mínima de 60% ao SUS, que se baseia na proporção para a certificação de entidades beneficentes (Lei nº 12.101/2010), consiste em uma alternativa para mitigar o risco apontado pela CGU em 2012. Entretanto, conforme exposto, esse modelo não assegura a utilização integral dos equipamentos do Plano de Expansão para atendimentos no SUS.

Destaca-se que a regra do 60/40 indicada na Lei nº 12.101/2010 se refere ao total de procedimentos realizados no hospital, não havendo previsão de que cada tipo de procedimento obedeça essa regra. No que se refere a procedimentos ambulatoriais, a proporção é calculada com base no quantitativo total de procedimentos, sem haver distinção quanto aos valores, ou seja, um hospital filantrópico que oferta 60 exames de ultrassonografia ao SUS (cerca de R\$ 40,00 cada) e 40 exames de ressonância magnética ao setor privado (cerca de 300,00 cada) se enquadra na regra do 60/40 da Lei nº 12.101/2010.

Apesar disso, a regra do 60/40 adotada no Plano de Expansão é mais restrita e se aplica especificamente sobre os procedimentos de radioterapia. Caso o Ministério da Saúde exigisse a utilização integral desses equipamentos no SUS, caberia ao estabelecimento alcançar a proporção do 60/40 na oferta de outros tipos de procedimentos.

Por fim, cabe destacar que essa proporção é verificada por meio do Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), no qual o estabelecimento declara o quantitativo de procedimentos realizados que não são para o SUS. Dessa forma, a produção informada no CIHA não tem impacto financeiro para o estabelecimento, motivo pelo qual não há instrumentos de estímulo ao correto uso desse sistema. Caso o estabelecimento não utilize o CIHA, será considerado que 100% da sua produção foi para o SUS, o que o habilita para a Regra do 60/40.

Causa

- Preponderância de hospitais filantrópicos participantes do Plano de Expansão da Radioterapia, em detrimento de estabelecimentos públicos.
- Aplicação de regra de destinação mínima ao SUS contida no art. 4º da Lei nº 12.101/2009 de forma segmentada, levando ao entendimento de que tal regra se aplica a um serviço específico prestado pela entidade de saúde apesar do entendimento contido na Portaria nº 834/2016 (Portaria de Consolidação nº 1) de que a regra da destinação mínima considera toda a produção ambulatorial do estabelecimento.

Manifestação da Unidade Examinada

Após Reunião de Busca Conjunta de Soluções realizada no Ministério da Saúde, no dia 11/01/2018, foram apresentadas por intermédio do Ofício nº 30/2018/SCTIE/MS, de 24/01/2018, as considerações transcritas a seguir:

“Dentre as alterações propostas para a Portaria nº 931/2012, consta a adequação das diretrizes dos compromissos firmados no Termo de Adesão, o qual passará ser Termo de Compromisso. Atualmente, o texto do instrumento está em fase de ajustes.”

Análise do Controle Interno

Diante do exposto, verifica-se que o Ministério da Saúde se manifesta no sentido de acatar a recomendação de ajustar as diretrizes dos compromissos dos hospitais no Termo de Adesão.

Durante a Reunião de Busca Conjunta de Soluções, ficou acordado que o Ministério da Saúde não deverá avaliar a proporção de atendimentos radioterápicos no SUS em relação ao total ofertado pelo estabelecimento filantrópico. Ao invés disso, é mais adequado exigir o cumprimento do parâmetro mínimo de produção instituído na Portaria SAS/MS nº 140/2014 ou em normativo que venha a substituí-la.

No que se refere a recomendação de avaliar a adequabilidade e a legalidade da regra de destinação mínima ao SUS e submeter o tema para deliberação nas instâncias competentes, não houve manifestação do Ministério.

Recomendações:

Recomendação 1: Avaliar a adequabilidade e a legalidade da segmentação da regra de destinação mínima ao SUS e submeter o tema para deliberação nas instâncias competentes, tais como Consultoria Jurídica (CONJUR/AGU).

1.1.1.13 INFORMAÇÃO

Implicações do Plano de Expansão no mercado de radioterapia no Brasil

Fato

O Contrato nº 134/2013 tem como objeto a aquisição de equipamentos, elaboração de projetos básicos de arquitetura e projetos executivos e apoio à fiscalização e à supervisão das obras e representa o principal instrumento celebrado pelo Ministério da Saúde para a execução do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS. O referido contrato foi celebrado com a empresa Varian Medical Systems no valor total de R\$ 119,9 milhões.

O principal item do Contrato nº 134/2013 é a aquisição de 80 aceleradores lineares ao preço unitário de R\$ 1,22 milhão (US\$ 565,5 mil), sendo esse valor significativamente inferior aos até então praticados em compras públicas no Brasil. O valor de referência de um acelerador linear no Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais do Ministério da Saúde (SIGEM), por exemplo, é de R\$ 4,3 milhões, sendo esse o parâmetro oficial de preço para aquisições com recursos federais.

Além do fornecimento de peças e serviços conforme descrito acima, o Contrato nº 134/2013 prevê um Acordo de Compensação Tecnológica (ACT nº 01/2015) no qual a Varian Medical Systems transferirá tecnologias relacionadas ao desenvolvimento e à operação de software relacionado à radioterapia a Instituições Científicas e Tecnológicas (ICT) nacionais. Além disso, o ACT prevê a construção de uma fábrica da Varian no Brasil, que será a primeira desse segmento na América Latina. Ressalta-se que a execução do ACT nº 01/2015 não integra o escopo dessa auditoria.

Nesse contexto, percebe-se que o Plano de Expansão da Radioterapia possui implicações no funcionamento do mercado que extrapolam o mero fornecimento de bens e serviços no âmbito do Contrato nº 134/2013 e que a análise dessas implicações é fundamental para que o Ministério da Saúde planeje as ações relacionadas à assistência oncológica no SUS para os próximos anos.

As análises a seguir têm como foco a reflexão sobre essas implicações e como elas podem ser tratadas pelo Ministério da Saúde de modo a mitigar os riscos de distorções no mercado causadas pelo Plano de Expansão da Radioterapia.

- Varian Medical Systems: Negócio e Estratégias

A Varian é uma empresa sediada no estado da Califórnia/EUA que se autodenomina “líder mundial no mercado de radioterapia”. Possui capital aberto e suas ações são negociadas na Bolsa de Valores de Nova Iorque (NYSE). De 2015 para 2016, o faturamento de empresa cresceu aproximadamente 4%, alcançando a cifra de US\$ 3,2 bilhões, ou seja, o total de receitas da Varian supera a marca de R\$ 10 bilhões anuais, considerando o câmbio do segundo semestre de 2017. Além da expressividade dos resultados operacionais, percebe-se que o preço das ações da Varian (VAR) apresenta um comportamento crescente na NYSE, saindo da faixa de US\$ 35 em 2009 para alcançar a faixa de US\$ 110 em 2017, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

Gráfico 03: Evolução do preço da ação da Varian (VAR) negociada na Bolsa de Valores de Nova Iorque (NYSE) entre janeiro/09 e junho/17.



Fonte: Varian Medical System. Disponível em <http://investors.varian.com/stockquote>

Esses dados indicam que a empresa contratada no âmbito do Contrato nº 134/2013 é de grande porte e apresenta expansão de seus principais indicadores, o que reforça sua posição como a principal companhia do mercado de radioterapia mundial.

Nesse contexto, convém destacar que a Varian propaga um discurso de expansionista, no qual a empresa traça a estratégia de aumentar sua participação no mercado internacional, principalmente em países em desenvolvimento. Cita-se trecho do documento elaborado pela empresa destinado a seus acionistas e demais partes interessadas (Annual Report 2016), a respeito da possibilidade de expansão da empresa nesses mercados.

“Os mercados internacionais estão sub-equipados diante da crescente incidência de câncer. Em muitos países, os pacientes precisam aguardar longas filas pelo tratamento por radioterapia. De acordo com uma publicação de 2014 no *International Journal of Radiation Oncology Biology and Physics*, a radioterapia é necessária para mais da metade dos novos pacientes com câncer e

estima-se que mais de 9 mil equipamentos de radioterapia adicionais serão necessários nos países de baixa e média renda até 2020. Por exemplo, estima-se que China, Índia e Brasil demandarão mais de 3.800, 1.200 e 400 equipamentos adicionais. Essa demanda em mercados emergentes e as incidências de câncer cada vez maiores representam impulsos para o nosso crescimento contínuo nos mercados internacionais”.

Essa estratégia de expansão da atuação a mercados emergentes está alinhada à atuação da empresa no âmbito do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS. Atualmente, a Varian Medical Systems possui fábricas instaladas em quatro cidades em diferentes partes do mundo, sendo duas nos Estados Unidos (Palo Alto e Las Vegas), uma na Inglaterra (Crawley) e uma na China (Pequim). A fábrica em construção na cidade de Jundiaí/SP, objeto do Acordo de Cooperação Técnica celebrado com o Ministério da Saúde no âmbito do Plano de Expansão da Radioterapia, será a quinta da empresa e será utilizada para “montagens leves”, além de conter espaço para escritório e para treinamento de operadores dos equipamentos.

Infere-se que a fábrica no Brasil integra uma estratégia da Varian de consolidação no mercado da América Latina, mas que não será utilizada como polo de fabricação de aceleradores lineares para outras regiões, uma vez que já há plantas industriais instaladas para esse fim em outros países. A implantação de uma fábrica voltada para “montagens leves” e para a execução de outros serviços revela que a operação da empresa não se limita ao comércio de equipamentos, havendo também operações significativas relacionadas a serviços.

O quadro a seguir indica a divisão das receitas da Varian entre equipamentos e serviços relacionados à oncologia (a companhia possui outras receitas não relacionadas à oncologia, que representam cerca de 25% da receita total).

Quadro 30: Composição das receitas operacionais da Varian de 2014 a 2017 (em US\$ milhões)

RECEITA	2014	2015	2016	2017*
PRODUTOS	1.406	1.356	1.429	1.383
SERVIÇOS	938	987	1.026	1.103

Fonte: Elaboração própria, com base nos demonstrativos financeiros publicados pela Varian Medical Systems.

* Dados até o quarto trimestre de 2017.

Os dados acima indicam que cerca de 40% da receita da Varian advém de serviços e que há uma tendência de aumento dessa proporção, que deve ficar em torno de 45% no exercício 2017. Em consonância com essa tendência de aumento das operações relacionadas a serviços, a Varian possui uma “estratégia de longo prazo de crescimento e de geração de valor”, na qual a empresa traça a meta de se tornar “líder global em soluções oncológicas integradas e multidisciplinar”. Nessa estratégia, a empresa busca superar o posto de líder mundial no mercado de radioterapia, adquirido principalmente a partir da instalação de equipamentos de radioterapia, para se tornar referência em soluções integradas em oncologia, passando a incorporar dimensões como a cirurgia oncológica, o diagnóstico de imagem e a medicina de precisão. A imagem a seguir indica como a Varian pretende implementar essa estratégia de longo prazo.

Imagem 02: Implementação da estratégia de crescimento de longo prazo da Varian



Fonte: Varian Press Release, september 2017. Disponível em <http://investors.varian.com>

Destaca-se que na dimensão sobre como alcançar os objetivos, a empresa realça a importância de inovação e da construção de softwares e de conhecimento acerca da gestão de grandes bases de dados, o que vai de encontro ao argumento de que os serviços têm grande representatividade nas operações da empresa e que a tendência é que a Varian adote estratégias que vão além da venda de equipamentos de radioterapia, visando alcançar o objetivo de se tornar o principal fornecedor de soluções integradas no mundo.

Nesse cenário, cabe algumas ponderações acerca de como o Plano de Expansão da Radioterapia se insere dentro das estratégias da Varian. Inicialmente, cabe destacar que o Plano de Expansão é visto como um projeto prioritário para a empresa, tanto é que incorre na construção da primeira fábrica desse segmento na América Latina.

Entretanto, os valores praticados no âmbito do Contrato nº 134/2013 é insignificante para a empresa frente a seu faturamento global. Considerando que tal contrato é em torno de R\$ 120 milhões e que o faturamento anual da empresa é em torno de R\$ 10 bilhões anuais, conclui-se que o valor total previsto no Plano de Expansão representa menos de 2% do total de receitas auferidas pela Varian a cada ano.

Ao analisarmos pela quantidade de equipamentos a serem instalados, percebe-se que os 80 aceleradores lineares do Plano de Expansão representam cerca de 1% do total de equipamentos da Varian instalados no mundo (cerca de 7.800, de acordo com estimativas da própria empresa). Convém ressaltar que esses 80 equipamentos representam mais de 20% do total de aceleradores lineares atualmente existentes no Brasil.

Por todo o exposto, é seguro concluir que o Plano de Expansão da Radioterapia, para além dos dispositivos do Contrato nº 134/2013, integra a estratégia da Varian de expandir mercados e de se consolidar como a principal fornecedora de soluções para radioterapia no Brasil e na América Latina. Essa interpretação exige do Poder Público brasileiro, que representa o principal consumidor nesse mercado, a adoção de estratégias voltadas a garantir o equilíbrio no mercado, sobretudo quanto às transações futuras num cenário de eventual hegemonia da empresa nesse setor.

- Radioterapia: Despesas de Capital ou Despesas Correntes

Um aspecto que deve ser considerado nessa análise é quanto ao custo para a manutenção dos serviços de radioterapia após a instalação do acelerador linear. Um artigo publicado na Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba em 2014 buscou estimar os custos para a manutenção de serviços de radioterapia com aceleradores lineares (*“Análise de Custos – Benefícios de Implantação de Serviço de Radioterapia para Tratamento de Câncer com Equipamentos do Tipo LINAC”*. Autores: Luiz Alberto Blois e Eduardo Fernandes P. Moreira). De acordo com esse estudo, a Sociedade Brasileira de Radioterapia (SBR) estima que o custo de manutenção anual de um acelerador linear é de R\$ 190 mil e os gastos com recursos humanos são em torno de R\$ 750 mil por ano e por aparelho. Além disso, o estudo considera um custo de R\$ 20 mil mensais para manutenção predial do serviço de radioterapia (limpeza, energia, água, materiais etc.).

Segundo essa estimativa, o custo total para manutenção do serviço de radioterapia com acelerador linear (considerando manutenção do equipamento, manutenção predial e despesas com pessoal especializado) é de aproximadamente R\$ 1,18 milhão por ano, ou seja, equivalente ao preço do acelerador linear praticado no âmbito do Contrato nº 134/2013. Isso indica que, não obstante a relevância das despesas de capital necessárias para a aquisição de um acelerador linear, as despesas correntes necessárias para a manutenção do serviço também são significativas.

Pela estimativa aqui adotada, os gastos com manutenção dos equipamentos representam, atualmente, cerca de 15% das despesas correntes de um serviço de radioterapia. Surge daí a necessidade de manter esse patamar relativamente baixo mesmo diante da possibilidade de domínio do mercado nacional pela Varian Medical System nos próximos anos, uma vez que grande parte desses gastos é arcado pelo SUS.

Na prática, observa-se a ocorrência de despesas em valores significativos executadas por unidades federais em favor da Varian a título de despesas de custeio (principalmente serviços). O quadro a seguir indica os valores pagos por quatro unidades gerenciadas pelo Governo Federal no ano de 2016:

Quadro 31: Valores pagos por instituições federais à Varian a título de despesas de custeio em 2016.

INSTITUIÇÃO	Valores pagos (2016)
Hospital das Clínicas de Porto Alegre	R\$ 581.912,63
Hospital Universitário da UFRJ	R\$ 279.429,62
Hospital de Clínicas da UFTM	R\$ 131.738,68
Instituto Nacional do Câncer	R\$ 1.537.115,64
TOTAL	R\$ 2.530.196,57

Fonte: Siafi.

O Quadro 31 acima reforça o entendimento de que as despesas de custeio relacionadas à radioterapia são significativas e que a própria Varian já atua nesse nicho de mercado, havendo a tendência de aumento da sua participação após a implantação integral do Plano de Expansão.

- Plano de Expansão: Ganhos de Escala *versus* Domínio do Mercado

Considerando o cenário de amplificação do domínio do mercado de radioterapia no Brasil pela Varian Medical System e o risco de elevação das despesas correntes necessárias para a manutenção de um serviço de radioterapia com acelerador linear, cumpre discorrer sobre as estratégias disponíveis para gerir os riscos de desequilíbrios no mercado decorrentes do Plano de Expansão da Radioterapia.

Esse processo de identificação e avaliação dos efeitos decorrentes das decisões tomadas pelo Poder Público, ainda que se tratando de efeitos indiretos, está assentado na metodologia de Análise do Impacto Regulatório (AIR), que, de acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), deve ser adotada sempre que um ato governamental acarretar consequências ao funcionamento de um setor da economia.

Convém ressaltar que a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde de centralizar a aquisição e a instalação de equipamentos de radioterapia por meio do Plano de Expansão acarretou ganhos de escala nos preços praticados e tende a contribuir favoravelmente para o alcance do objetivo de expandir a oferta de tratamentos oncológicos no território nacional.

Por outro lado, há de se considerar que o modelo adotado no Plano de Expansão propicia a ocorrência de uma espécie de *dumping*, uma vez que a prática de preços significativamente inferiores aos até então praticados no mercado nacional pode inviabilizar a continuidade das operações dos concorrentes ou a inserção de novas empresas no mercado. Conforme tratado acima, a expectativa é de que a Varian utilize o Plano de Expansão para expandir seu poder de mercado no Brasil e, por consequência, adquira vantagens competitivas em relação aos concorrentes.

Entende-se que os riscos de ocorrer essa espécie de *dumping* não invalidam, em momento algum, os benefícios financeiros em favor do Erário decorrentes dos ganhos de escala. Ainda assim, essas possibilidades devem ser consideradas pelo Ministério da Saúde e pelas demais instâncias gestoras do SUS no planejamento de políticas futuras relacionadas à radioterapia. Seguem exemplos de medidas, em caráter de alerta, que podem ser consideradas nesse contexto.

NOVAS AQUISIÇÕES EM GRANDE ESCALA: O Plano de Expansão da Radioterapia, quando totalmente implementado, representará um grande salto na oferta de tratamentos radioterápicos no SUS. Contudo, não suprirá toda a demanda existente. Conforme tratado anteriormente, estima-se que o Brasil demandará mais 400 aceleradores lineares nos próximos anos, ou cerca de 300 adicionais se considerarmos a implantação total do Plano de Expansão. Por esse motivo, já há discussões dentro do Ministério da Saúde acerca da necessidade de outra aquisição de grande vulto, nos moldes do Contrato 134/2013. Caso ocorram novas aquisições nesse modelo, é imprescindível a adoção de providências visando mitigar os riscos de domínio do mercado. Uma alternativa plausível é a execução de planos regionais, nos quais o Ministério da Saúde divide o objeto em lotes e permite a participação de mais de uma empresa fornecedora.

NOVAS AQUISIÇÕES EM PEQUENA ESCALA: Além do Plano de Expansão e de eventuais estratégias análogas a serem adotadas no futuro, o SUS continuará a se estruturar da forma tradicional, ou seja, por meio de aquisições de equipamentos em pequena escala. O Ministério da Saúde financia esse tipo de estruturação por meio da celebração de convênios, de Termos de Execução Descentralizada (TED) ou de transferências fundo a

fundo. Acontece que, diferentemente do que ocorre no Plano de Expansão, essas aquisições em pequena escala têm a característica de não apresentar ganhos de escala, em que pese a baixa quantidade de fornecedores existentes. Entende-se que o Ministério da Saúde deve atuar de forma mais ativa nas negociações dessas aquisições, principalmente quanto ao preço praticado. Num cenário projetado de domínio do mercado de radioterapia, as aquisições em pequena escala para o SUS podem representar uma oportunidade para a prática de preços mais elevados, uma vez que, no modelo atual, há pouca coordenação do Governo Federal em relação aos preços praticados.

CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE RADIOTERAPIA: Conforme tratado anteriormente, os custos para a manutenção de um serviço de radioterapia com acelerador linear são elevados. Convém destacar que a responsabilidade pelo custeio desses serviços no SUS é compartilhada entre União, Estados e Municípios, sendo os valores referenciados pela Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Tabela SUS). Nesse contexto, é fundamental que o Ministério da Saúde adote ações voltadas a manter esses custos sob controle ao longo do tempo, garantindo a adequação dos valores despendidos pelo SUS e a previsibilidade quando ao custeio desses procedimentos.

COMPENSAÇÃO TECNOLÓGICA: Um dos principais trunfos do Plano de Expansão é a previsão de transferência de tecnologias relacionadas aos serviços de radioterapia a instituições nacionais. Esse mecanismo é fundamental para mitigar os riscos decorrentes do domínio de mercado aqui tratado. Entende-se que a internalização dessas tecnologias não é suficiente para criar um mercado competitivo no que se refere aos serviços de radioterapia, mas representa uma importante iniciativa nesse sentido. Dessa forma, o Ministério da Saúde deve adotar todas as medidas necessárias para garantir o pleno cumprimento do Acordo de Compensação Tecnológica celebrado com Varian visando o fortalecimento do mercado nacional e a diminuição dos riscos de desequilíbrios decorrentes de eventual domínio da empresa no mercado de radioterapia.

III – RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 201701501

Relatório de Avaliação dos Resultados da Gestão



Unidade Auditada: Secretaria de Atenção a Saúde

Exercício: 2016

Processo:

Município: Brasília - DF

Relatório nº: 201701501

UCI Executora: SFC/DS/CGSAU - Coordenação-Geral de Auditoria da Área de Saúde

Análise Gerencial

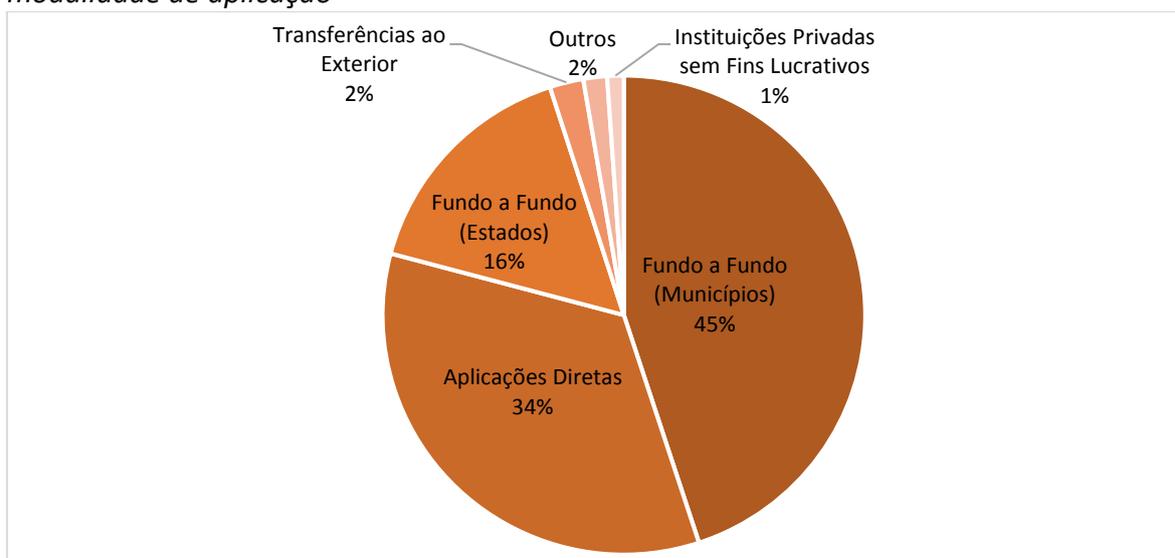
Senhor Coordenador-Geral,

Por meio deste relatório, apresentam-se os resultados do trabalho de Avaliação dos Resultados da Gestão na Secretaria de Atenção à Saúde e na Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde, realizado de acordo com os preceitos contidos na Ordem de Serviço n.º 201701501 e em atendimento ao inciso II do Art. 74, da Constituição Federal de 1988, de acordo com o qual cabe ao Sistema de Controle Interno: “comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à eficácia e eficiência, da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e entidades da administração federal”.

1. Introdução

O Fundo Nacional de Saúde-FNS é a Unidade Orçamentária (UO 36901) responsável pela execução financeira dos programas vinculados à administração direta do Ministério da Saúde e pela transferência de recursos. A dotação anual para 2016 nessa UO, para todos os programas sob responsabilidade do Ministério da Saúde, ultrapassa R\$ 110 bilhões. A maior parte desses recursos (cerca de 66%) é executada por meio de transferências a estados, municípios, organismos internacionais e instituições privadas sem fins lucrativos. O gráfico a seguir indica a proporção de recursos da UO 36901 executados em 2016 conforme a modalidade de aplicação, aí incluídas todas as políticas sob responsabilidade do Ministério da Saúde.

Gráfico 1 – Proporção de recursos executados pelo Fundo Nacional de Saúde por modalidade de aplicação



Fonte: Elaboração própria, com base em informações do SIAFI 2016.

O Gráfico 1 revela que a principal modalidade de transferência de recursos federais no âmbito do SUS é a fundo a fundo (45%). Essas transferências são realizadas, em sua grande maioria, de forma regular e automática pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde estaduais e municipais, sem a necessidade de celebração de convênios ou instrumentos congêneres. Por outro lado, as transferências fundo a fundo para aquisição de equipamentos são realizadas em parcela única, distinguindo-se das usuais transferências regulares e automáticas.

Os convênios e os contratos de repasse são os instrumentos de transferências de recursos representados no Gráfico 1 nas modalidades “Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos” (1%) e “Outros” (2%). O baixo percentual de transferências via convênio frente ao total transferido pelo Ministério da Saúde se alinha à tendência adotada pela União de canalizar os recursos para transferências na modalidade fundo a fundo.

No que tange à Política Nacional de Controle e Combate ao Câncer (PNCCC), uma das formas de financiamento consiste na realização de transferências voluntárias a entidades públicas e privadas sem fins lucrativos para aquisição de materiais e equipamentos, bem como para obras de reforma, ampliação ou construção.

Segundo a Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS, o quantitativo de transferências cujos objetos envolvam a área de oncologia, aí compreendidas as realizadas por meio de convênios, contratos de repasse e as executadas por transferências fundo a fundo destinadas a investimento (obras e equipamentos), totalizava 373, tomando por base os instrumentos celebrados entre dez/2009 e dez/2015. O valor empenhado para atendimento das mencionadas transferências atingiu o montante de R\$ 369,3 milhões, sendo R\$ 271,4 milhões pela via convencional, R\$ 60,6 milhões por contratos de repasse e R\$ 37,3 milhões por meio de transferências fundo a fundo. Segue adiante tabela com detalhamento das transferências ora tratadas:

Tabela 1 – Quantitativo de transferências de recursos de investimento em oncologia realizadas pelo Ministério da Saúde no período de Dez2009 a Dez2015 – Empenhado x Pago

Tipo de Transferência	Qtde.	Valor Empenhado (em R\$ milhões)	Valor Pago (em R\$ milhões)	% Pago/Empenhado
Convênio	293	271,4	210,2	77,4
Contrato de Repasse	38	60,6	52,0	85,8
Fundo a Fundo*	42	37,3	35,5	95
Total	373	369,3	297,7	80,6

Fonte: DAE/SAS/MS (jan/2017).

* Transferências regidas pela Portaria nº 3.134, de 17/12/2013.

Os objetos das 373 transferências analisadas são variados e podem ser resumidos da seguinte forma:

Quadro 1 – Quantitativo de transferências de recursos de investimento em oncologia realizadas pelo Ministério da Saúde no período de Dez2009 a Dez2015 – Tipo de objeto

Tipo de Objeto	Detalhamento Objeto	Qtde
	Acelerador Linear	54*
	Braquiterapia	9
Equipamento	SDM – Diagnóstico - Câncer de mama	24
	SRC – Diagnóstico e tratamento - Câncer de colo de útero	22
	Equipamentos diversos	203
	Materiais	22
Obra	Obras de ampliação, construção ou reforma	39
	Total	373

Fonte: DAE/SAS/MS (jan/2017).

* Das 54 transferências para aquisição de aceleradores lineares, 49 foram por convênio e 5 fundo a fundo.

No que se refere ao período de vigência para execução dos recursos transferidos, os convênios em quase sua totalidade têm como regra o período de 1 ano; os contratos de repasse, normalmente 2 anos; já as transferências fundo a fundo são regidas pela Portaria nº 3.134, de 17/12/2013, que dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de investimentos a estados e municípios para aquisição de equipamentos e materiais permanentes. Em seu art. 12, §4º, definiu-se que o prazo máximo para execução dos recursos é de 24 meses a partir do efetivo recebimento dos recursos.

O presente trabalho tem por objetivo analisar se as transferências realizadas pelo Ministério da Saúde para a estruturação de estabelecimentos na atenção oncológica contribuem para o alcance dos objetivos da Política Nacional de Controle e Combate ao Câncer. A etapa atual consiste na avaliação de questões relativas à atuação do gestor federal, seja a Secretaria de Atenção à Saúde, sejam outras áreas do Ministério da Saúde participantes do processo, como é o caso dos Núcleos do Ministério da Saúde nos Estados - NEMS e da Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde - FNS.

Nesta etapa, a avaliação visou responder às seguintes questões de auditoria:

1 - A avaliação das propostas de convênios é realizada mediante a utilização de critérios adequados?

2 - O monitoramento, o acompanhamento e a fiscalização dos convênios relacionados à oncologia estão sendo realizados de modo efetivo por parte da Secretaria de Atenção à Saúde-SAS/MS e pelo FNS/MS?

3 - As obras e equipamentos adquiridos no âmbito dos convênios relacionados à oncologia estão em funcionamento?

Esse relatório está dividido em duas partes, sendo a primeira composta por análises gerenciais acerca dos principais aspectos avaliados nessa auditoria. Nessa parte do relatório são abordados pontos relacionados à celebração dos instrumentos de transferência de recursos, à execução dos objetos pactuados e ao monitoramento dos resultados decorrentes das transferências voluntárias realizadas pelo Ministério da Saúde na área de oncologia. Na segunda parte constam os registros detalhados sobre as impropriedades encontradas.

2. Resultados dos trabalhos

A Secretaria de Atenção à Saúde disponibilizou planilha com informações de 373 transferências voluntárias cujos objetos estão associados à área oncológica, seja pelo tipo de equipamento adquirido, sejam pelas atividades desenvolvidas pela entidade conveniente na área em questão. A partir das informações apresentadas, foram realizadas análises e questionamentos formais ao Ministério da Saúde, o que resultou em alguns achados de auditoria sobre os quais discorreremos adiante.

Visando complementar a análise da política de oncologia executada por meio de transferências voluntárias, foram solicitados e analisados 10 processos de convênios abrangendo diversos objetos pactuados (acelerador linear, aparelho de braquiterapia, mamógrafo, entre outros). A análise desses processos, somada às demais análises realizadas no que tange à atuação do gestor federal especificamente quanto à aquisição de equipamentos oncológicos, demonstrou a existência de falhas no processo de celebração, de execução e de monitoramento das transferências voluntárias, conforme sintetizado nas seções a seguir.

- Análises quanto à celebração dos convênios

A transferência de recursos federais para a aquisição de equipamentos destinados a estabelecimentos de saúde pode ser feita por meio da celebração de convênios ou através de transferências na modalidade fundo a fundo. Essa segunda modalidade de transferência, que dispensa a celebração de instrumentos específicos, se mostra como tendência. Já as transferências por meio de convênios têm sido adotadas pelo Ministério da Saúde principalmente para viabilizar a execução de emendas parlamentares ao orçamento da União, que devem ser obrigatoriamente executadas.

Nesse cenário onde os convênios são utilizados principalmente para a execução de emendas parlamentares, a atuação do Ministério da Saúde na definição das localidades

que receberão o investimento federal por meio de convênios é limitada. Sobre esse aspecto, percebe-se que há uma grande concentração de recursos destinados à estruturação de estabelecimentos em oncologia nos estados das regiões Sul e Sudeste. Diversos estados das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste não foram beneficiados por tais recursos federais, apesar da necessidade de ampliação da oferta de tratamentos oncológicos nessas regiões.

Outra característica importante dos convênios é que estes são celebrados entre a União e estabelecimentos de natureza jurídica privada. Já as transferências na modalidade fundo a fundo são realizadas com entes governamentais. No que tange à Oncologia, os dados indicam que, apesar da existência dessas duas modalidades, o volume de recursos de investimento transferidos por meio de convênios é muito superior ao transferido via fundo a fundo, o que revela uma concentração de recursos federais destinados a estabelecimentos privados.

No que diz respeito à atuação do Ministério da Saúde na análise das propostas de convênios, verificou-se que as ferramentas utilizadas para a análise dos preços contidos nas propostas eram insuficientes e que a implementação do SIGEM conferiu maior qualidade à análise dos preços realizada pelo FNS.

No entanto, no caso específico dos convênios para aquisição de aceleradores lineares, o principal referencial de preços do Ministério da Saúde (SIGEM) possui características que potencializam os riscos de haver aquisições antieconômicas nos convênios. Foram identificados convênios em que os aceleradores lineares foram adquiridos por preços muito superiores ao praticado pelo próprio Ministério da Saúde no âmbito do Plano de Expansão da Radioterapia.

Por se tratar de um mercado oligopolizado, entende-se que o Ministério da Saúde deve adotar providências de forma a mitigar os riscos de sobrepreços na aquisição de aceleradores lineares por meio de convênios, seja por meio da centralização das aquisições ou pela celebração de acordos com os fornecedores para a limitação dos preços praticados nas transferências voluntárias.

- Análises quanto à execução do objeto das transferências

Quanto à execução dos objetos das transferências de recursos realizadas pelo Ministério da Saúde na área de oncologia, verificou-se a ocorrência de atrasos excessivos que prejudicam o acesso da população ao diagnóstico e ao tratamento oncológico. No que se refere aos convênios, o prazo médio de vigência nos casos analisados foi de 3,6 anos, sendo que o prazo inicialmente previsto era de, em média, 1 ano.

Nesse contexto, estima-se que cada ano de atraso na instalação dos 49¹ aceleradores lineares objetos dos convênios analisados resulta em cerca de 30 mil portadores de câncer sem acesso ao devido tratamento.

Dentre as causas identificadas para esses atrasos, destacam-se a demora na transferência de recursos por parte do Ministério da Saúde, a inexistência de estrutura

¹ No universo de transferências analisadas, 49 convênios referem-se à aquisição de acelerador linear; outros 5 aceleradores lineares tiveram recursos para aquisição transferidos mediante a modalidade fundo a fundo.

adequada para a instalação do equipamento adquirido por meio do convênio, a ocorrência de problemas aduaneiros, dentre outros.

- Análises quanto ao monitoramento das transferências

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é a Unidade responsável pela celebração e execução de convênios no Ministério da Saúde. No que diz respeito aos convênios na área de oncologia, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) atua como unidade técnica responsável pelas análises relacionadas à viabilidade das propostas recebidas e pelas implicações dessas transferências na rede assistencial.

Nesse sentido, verificou-se que a SAS monitora a execução de alguns convênios considerados estratégicos, principalmente aqueles relacionados à aquisição de aceleradores lineares, de aparelhos de braquiterapia, de mamógrafos e de colposcópios. Esse monitoramento é feito de forma pouco estruturada e sujeita a inconsistências, uma vez que as principais competências relacionadas às transferências voluntárias no Ministério da Saúde são atribuídas ao FNS. Foram identificadas, inclusive, diversas transferências voluntárias de grande materialidade relacionadas à atenção oncológica que não constam na relação de transferências informada pela SAS, denotando que a área técnica possui atuação limitada sobre essas transferências.

Quanto à atuação do FNS, verificou-se que o monitoramento das transferências é insuficiente para assegurar que os objetivos serão efetivamente atingidos, isso porque a atuação do FNS é focada no cumprimento dos planos de trabalho e da execução financeira dos recursos pelo conveniente. Dessa forma, os objetivos dos convênios na área de oncologia são considerados atendidos após a verificação, por parte do FNS, de que os equipamentos estão em funcionamento, inexistindo análises quanto à efetiva prestação de serviços à população, sobretudo a usuários do SUS.

Considerando essa fragilidade, buscou-se analisar se as transferências voluntárias para a aquisição de aceleradores lineares estão contribuindo para o aumento do quantitativo de procedimentos de radioterapia realizando no SUS. Com base nas informações contidas nos sistemas de informações oficiais, verificaram-se aumentos significativos na oferta de procedimentos em 6 estabelecimentos beneficiários de convênios. Entretanto, outros 6 estabelecimentos não apresentaram aumento na oferta de procedimentos compatível com o equipamento financiado. Além disso, foram identificadas inconsistências nos sistemas² de informações oficiais do SUS, o que prejudica o monitoramento da utilização dos equipamentos financiados pelo Ministério da Saúde.

- Recomendações

Visando elidir as falhas descritas nesse relatório e aprimorar os processos relacionados à execução de convênios na área de oncologia, são emitidas recomendações para diferentes unidades do Ministério da Saúde, conforme detalhado a seguir:

- Recomendações para a Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde (FNS)

- Promover rodada de negociação junto às empresas Varian e Elekta com o intuito de 1) buscar a redução dos preços praticados pela empresa nas vendas de aceleradores lineares às entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos receptoras de recursos

² SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS; CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

federais para aquisição desses equipamentos; 2) adequar os preços apresentados ao PROCOT/SIGEM aos preços de mercado.

- Avaliar a possibilidade de instituir ata de registro de preços e de realizar compras centralizadas de equipamentos para atender às emendas parlamentares, de forma a obter a maior economicidade possível.
- Estabelecer a anuência da área técnica finalística como requisito obrigatório para a alterações na execução dos convênios celebrados nos casos em que haja impacto na assistência oncológica.
- Submeter à SAS/MS as solicitações de aditamento de prazo de convênios relacionados à política oncológica, exceto as decorrentes de atraso na transferência de recursos ao conveniente, alterando, se necessário, a Portaria GM/MS nº 1.754/2004.
- Providenciar a transferência dos recursos financeiros no prazo máximo de 60 dias após a aprovação dos convênios, salvo nos casos de indisponibilidade financeira.
- Incluir, como critérios a serem verificados para a aprovação dos convênios na área de oncologia, verificações acerca das condições mínimas necessárias para a prestação de serviços no SUS, tais como a existência de profissionais especializados, de contratos ou instrumentos congêneres com o SUS e de outros critérios definidos pela área técnica.

- Recomendações para a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)

- Elaborar, anualmente, documento identificando as localidades que possuem maior carência de investimentos na área de oncologia (diagnóstico e tratamento) e utilizar tais informações como critério para a aprovação das propostas de convênios. Esse documento deve ser divulgado a parlamentares sempre que pertinente, visando alocar recursos de convênios de forma condizente com as necessidades assistenciais.
- Avaliar a produção ambulatorial de radioterapia dos estabelecimentos beneficiados com recursos federais para aquisição de aceleradores lineares e adotar as providências cabíveis nos casos de produção abaixo dos parâmetros mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.
- Estabelecer critérios para validação da produção de radioterapia inserida no SIA/SUS de acordo com informações relativas aos equipamentos registrados no CNES do referido estabelecimento.
- Apurar as causas das divergências identificadas entre a produção informada no SIA/SUS e a especificação dos equipamentos registrados no CNES e adotar as medidas cabíveis para os casos de inconsistência na produção aprovada.
- Analisar a pertinência de financiamento da infraestrutura necessária à instalação dos aceleradores lineares.
- Instituir ferramenta automatizada voltada à identificação de inconsistências na produção ambulatorial e hospitalar relativa à radioterapia apresentada pelos estabelecimentos de saúde, estendendo o uso da ferramenta para os demais procedimentos custeados com recursos federais.

- Apresentar, no CNES, informação acerca da origem do recurso federal que financiou a aquisição do equipamento (convênio, fundo a fundo, TED, Plano de Expansão da Radioterapia).

- Recomendações para a Secretaria-Executiva (SE/MS)

- Ajustar as cláusulas dos convênios a serem celebrados de modo que o conveniente assumo o compromisso de utilizar os equipamentos adquiridos exclusivamente no SUS e de acordo com os parâmetros de produção ambulatorial estabelecidos pelo Ministério da Saúde, salvo nos casos de comprovada inexistência de demanda para usuários do SUS.

- Instituir mecanismos para que a produção ambulatorial informada no SIA/SUS indique qual equipamento de radioterapia registrado no CNES foi utilizado no procedimento.

.

3. Conclusão

O presente trabalho objetivou avaliar a contribuição das transferências voluntárias para o alcance dos objetivos da Política Nacional de Controle e Combate ao Câncer e, para tanto, foram analisados aspectos relativos à celebração dos instrumentos de transferência de recursos, sua execução e monitoramento.

A avaliação empreendida identificou falhas cuja ocorrência impactam negativamente no atingimento dos objetivos da política oncológica desenvolvida pelo Ministério da Saúde a partir da transferência de recursos a entidades filantrópicas e públicas. Dentre os problemas constatados, podem ser destacados: falhas na alocação dos recursos, implicando o não preenchimento de vazios assistenciais; atrasos excessivos na execução dos convênios e contratos de repasse, com conseqüente retardo do início do tratamento radioterápico; falhas no processo de avaliação dos preços praticados nos convênios; e ausência de incremento na realização de procedimentos de radioterapia com uso de acelerador linear, nada obstante o aumento de casos novos previstos anualmente. Adicionalmente, constataram-se divergências expressivas entre a produção de radioterapia informada no SIA/SUS e a quantidade e tipos de aceleradores lineares registrados no CNES.

Diante dos exames efetuados nessa auditoria, seguem as conclusões relativas à cada questão explorada:

1 - A avaliação das propostas de convênios é realizada mediante a utilização de critérios adequados?

Quanto à aquisição de aceleradores lineares via convênio, os exames indicam que os preços praticados não são os mais vantajosos para a Administração Pública, dando margem para utilização de outras modalidades de aquisição que permitam ganhos de escala e aumentem as possibilidades de instalação adequada e tempestiva do equipamento.

Outro aspecto importante diz respeito à natureza das transferências de recursos pelo Ministério da Saúde. Verifica-se uma tendência de diminuição da discricionariedade do Ministério da Saúde em definir a localidade e o tipo de estabelecimento que será estruturado com recursos federais. Nesse cenário, deve-se empreender esforços para que a alocação dos recursos seja adequada às necessidades da Política Nacional de Controle e Combate ao Câncer, mesmo quando o poder decisório não couber exclusivamente à área técnica do Ministério da Saúde.

2 - O monitoramento, o acompanhamento e a fiscalização dos convênios relacionados à oncologia estão sendo realizados de modo efetivo por parte da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS e pelo FNS/MS?

Percebe-se que há pouca coordenação entre a área técnica (SAS) e a área responsável pela execução dos convênios (FNS). Essa fragilidade aumenta o risco de que os objetivos dos convênios não sejam efetivamente alcançados, mesmo quando os requisitos para a sua aprovação sejam cumpridos. Foram identificadas situações em que foram tomadas decisões durante a execução dos convênios que tiveram impacto direto na rede de atenção oncológica do SUS, sem que houvesse a participação efetiva da área técnica.

3 - As obras e equipamentos adquiridos no âmbito dos convênios relacionados à oncologia estão em funcionamento?

Os exames efetuados demonstram que parte das transferências voluntárias de recursos realizadas pelo Ministério da Saúde ainda não surtiu o efeito esperado, especialmente em razão da excessiva demora para implantação das soluções de radioterapia nos estabelecimentos recebedores dos recursos. Tais atrasos, quando considerados os 49 aceleradores lineares objeto dos convênios ora avaliados, redundam na ausência de acesso ao tratamento radioterápico a cerca de 30 mil pacientes ao ano, montante calculado a partir de estimativas da OMS sobre a capacidade de atendimento de cada novo acelerador linear colocado em uso.

Além dos atrasos excessivos e recorrentes na execução dos convênios, verificou-se que em alguns casos não houve aumento na quantidade de procedimentos realizados pelos estabelecimentos de saúde que celebraram convênios com o Ministério da Saúde. Essas informações, extraídas do SIA/SUS, indicam que apesar da destinação de recursos federais a essas instituições, não houve aumento da oferta de tratamentos oncológicos a pacientes do SUS.

Em suma, apesar de consistir em uma das principais formas de estruturação de estabelecimentos de saúde que atendem o SUS, as transferências de recursos realizadas via convênios, fundo a fundo e contratos de repasses apresentam falhas que prejudicam o alcance de seus objetivos, principalmente o de aumentar a oferta de tratamentos no SUS.

Para viabilizar o alcance desses objetivos por meio da transferência de recursos, é necessário que o Ministério da Saúde aprimore as ferramentas para análise das propostas de convênios, sobretudo quanto ao preço praticado. Além disso, o Ministério da Saúde deve atuar de forma coordenada com o Parlamento e com outros órgãos envolvidos no processo orçamentário, de forma a otimizar a destinação dos recursos federais disponíveis conforme as necessidades da política de atenção oncológica no nível federal. Essa compatibilidade entre a área técnica e a transferência de recursos

deve ser aprimorada também no que se refere à interação entre as Unidades do Ministério da Saúde, ou seja, entre o Fundo Nacional de Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde.

Por fim, o aprimoramento das ferramentas de monitoramento da utilização dos equipamentos adquiridos por meio de convênios e transferências fundo a fundo, bem como das obras executadas por meio de contratos de repasses, é fundamental para garantir que os recursos federais aplicados estejam, de fato, resultando em benefícios à população atendida pelo SUS.

Brasília/DF, 06 de abril de 2018.

Relatório supervisionado e aprovado por:

Coordenador-Geral de Auditoria da Área de Saúde

Ordem de Serviço nº 201701501

1 ASSIST. AMBULAT. E HOSPITALAR ESPECIALIZADA

1.1 APER., AVAL. E DESEN. AÇÕES E SERV. ONCOLOGIA

1.1.1 APER.,AVAL. E DESEN. AÇÕES E SERV. ONCOLOGIA

1.1.1.1 INFORMAÇÃO

Análise sobre a natureza das transferências de recursos realizadas pelo Ministério da Saúde para a estruturação de estabelecimentos em oncologia

Fato

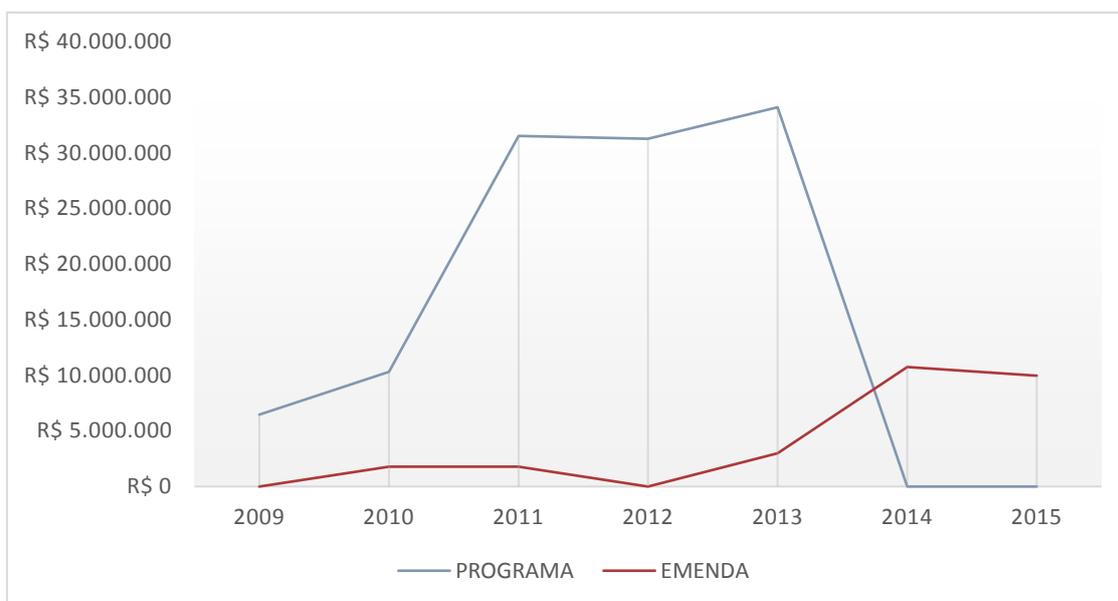
Para avaliar a atuação do Ministério da Saúde na gestão das transferências de recursos para a estruturação de estabelecimentos de saúde, é necessário analisar a origem de tais recursos e as modalidades de transferência mais utilizadas. Sobre esse aspecto, verifica-se que a causa principal da realização de transferências de recursos do Ministério da Saúde diretamente a instituições privadas sem fins lucrativos é a execução de emendas parlamentares. Sobre esse aspecto, é importante destacar que o Poder Executivo elabora e encaminha anualmente ao Congresso Nacional a Proposta de Lei Orçamentária Anual (PLOA) contendo os valores que o Governo Federal julga necessários para a execução dos programas. Esses valores constantes no PLOA são chamados de “Recursos do Programa”.

Durante o processo legislativo do orçamento, o Congresso Nacional pode propor alterações na proposta encaminhada pelo Poder Executivo, destinando recursos financeiros a políticas e a localidades específicas definidas pelos parlamentares. Esses valores introduzidos no orçamento pelo Poder Legislativo são chamados de “Recursos de Emendas”.

A partir da Emenda Constitucional nº 86/2015, que instituiu o chamado “orçamento impositivo”, as emendas parlamentares ao orçamento da União passaram a ser de execução obrigatória, o que levou o Governo Federal a instituir mecanismos mais aprimorados para o monitoramento da execução dessas emendas.

Dessa forma, os instrumentos hábeis para a execução das emendas parlamentares destinadas à estruturação e estabelecimentos privados que atuam no SUS são os convênios e os contratos de repasses, ao passo que as transferências na modalidade fundo a fundo são destinadas a estabelecimentos públicos. Nesse contexto, percebe-se que os convênios atualmente celebrados pelo Ministério da Saúde são voltados, basicamente, para viabilizar a execução de emendas parlamentares. O Gráfico 02 a seguir indica a origem dos recursos dos 49 convênios celebrados pelo Ministério da Saúde para a aquisição de aceleradores lineares analisados nessa auditoria.

Gráfico 2 – Origem dos recursos dos convênios celebrados pelo Ministério da Saúde para aquisição de aceleradores lineares



Fonte: Elaboração própria, com base em informações do SICONV.

O Gráfico 2 revela que todos os convênios para aquisição de aceleradores lineares celebrados em 2014 e 2015 decorrem de emendas parlamentares. Por outro lado, os convênios celebrados antes de 2014 eram, na sua maioria, decorrentes de recursos do programa. Isso revela que, com a manutenção desse cenário, tende-se a diminuir o nível de ingerência do Ministério da Saúde nas definições acerca da alocação dos recursos de convênios, uma vez que cabe aos parlamentares a definição de como e onde os recursos serão alocados.

Trata-se de um risco que, se não for adequadamente tratado, pode gerar alocação ineficiente de recursos federais, uma vez que, ao elaborar a emenda, o parlamentar pode desconsiderar informações globais acerca da demanda por ações e serviços de saúde. Nesse sentido, os recursos podem ser destinados a municípios ou instituições que não necessitam de novos investimentos, em detrimento de localidades que possuem grande carência. Além disso, pode desconsiderar outros fatores que, no futuro, podem inviabilizar o adequado funcionamento do serviço implantado, tais como disponibilidade de mão de obra, previsão de recursos para custeio do serviço, entre outros.

Um possível efeito dessa diminuição do poder discricionário do Ministério da Saúde em definir a alocação desses recursos é a preponderância de transferências destinadas ao financiamento de estabelecimentos privados em detrimento de estabelecimentos públicos, uma vez que das 373 transferências analisadas nessa auditoria, somente 42 (11,26%) foram executadas na modalidade fundo a fundo (destinada exclusivamente a entes públicos), enquanto 331 (88,74%) são convênios e contratos de repasse (destinados principalmente a estabelecimentos privados).

1.1.1.2 CONSTATAÇÃO

Risco de aquisições públicas antieconômicas devido a discrepâncias entre os preços praticados em convênios para a aquisição de equipamentos de radioterapia em

comparação àqueles praticados em aquisição com o mesmo objeto realizada pelo Ministério da Saúde.

Fato

Com o objetivo de avaliar a atuação do Ministério da Saúde na avaliação dos preços contidos nas propostas de convênios na área de oncologia, foram analisados processos e os sistemas de informações utilizados. No âmbito do Ministério da Saúde, as propostas de convênios são analisadas pelo Departamento de Atenção Especializada – DAE/SAS, no que se refere ao Parecer de Mérito, e pela Coordenação de Análise de Investimentos e Infraestrutura - COAINF/FNS, no que diz respeito ao Parecer Técnico-Econômico.

No exame de 10 processos de convênios da área de oncologia, verificou-se ausência de detalhamento das análises dos valores apresentados nas propostas de convênios, uma vez que os pareceristas restringem-se a mencionar, em textos padronizados, os parâmetros utilizados. Esses textos padronizados apresentam-se das seguintes formas: “... considerando as informações de preços colhidas no âmbito deste Ministério...” – convênios mais antigos; ou “as análises das estimativas de preço apresentadas na presente proposta utilizaram como parâmetros informações de pregões presenciais e eletrônicos, cotações de fornecedores especializados e sistemas com estimativas de preços de tecnologias médicas ...” – nos convênios mais recentes.

A principal ferramenta utilizada pelo Ministério da Saúde na análise das propostas de convênios é o Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM), que contém a relação de equipamentos financiáveis pelo Ministério da Saúde, e a indicação de especificações e preços. Essas variáveis (especificações e preços) são obtidas a partir da análise de informações técnicas e econômicas captadas por meio do Programa de Cooperação Técnica (PROCOT), gerenciado pelo Fundo Nacional de Saúde. Destaca-se que as informações do SIGEM, apesar de representarem a principal ferramenta na análise das propostas, não possuem caráter impositivo, podendo haver aprovações de propostas com valores superiores ao contido no SIGEM.

No que se refere a aceleradores lineares, o SIGEM contém três tipos de equipamentos financiáveis. O quadro a seguir indica o comparativo de preços do acelerador linear de fótons e elétrons entre o SIGEM e o Contrato nº 134/2013 celebrado entre o Ministério da Saúde e a empresa Varian Medicam System no âmbito do Plano de Expansão da Radioterapia:

Quadro 2 – Comparativo entre os preços de referência do SIGEM e os preços praticados no Contrato nº 134/2013

EQUIPAMENTO	VALOR SIGEM (A)	VALOR CONTRATO 134/2013 (B)	DIFERENÇA (A-B)_
Acelerador Linear de Fótons e Elétrons (dual 15 MV)	R\$ 4.345.440,00	R\$ 1.223.208,63	R\$ 3.122.231,37

Fonte: SIGEM e Contrato nº 134/2013

O preço sugerido no SIGEM, utilizado pelo Ministério da Saúde como principal parâmetro na análise de convênios, é mais do que o triplo do preço praticado pelo próprio Ministério da Saúde no âmbito do Contrato nº 134/2013. Essa diferença de

preços é significativa mesmo considerando que o preço praticado no Contrato nº 134/2013 contém ganhos de escala decorrentes da grande quantidade de equipamentos adquiridos, sobretudo porque o mercado de aceleradores lineares no Brasil é oligopolista, uma vez que, atualmente, somente duas empresas fornecem esses equipamentos.

Devido a essa distorção de preços, corre-se o risco de que o preço praticado em uma compra pública (financiada por meio de convênio firmado com o Ministério da Saúde) seja até o triplo do preço praticado em outra compra pública com o mesmo fornecedor e com a mesma fonte de recursos (Contrato nº 134/2013). Para efeito ilustrativo, segue relação convênios para aquisição de aceleradores lineares celebrados após o Contrato nº 134/2013 e os respectivos preços praticados:

Quadro 3 – Exemplos de preços praticados em convênios para aquisição de aceleradores lineares e sua proporção em relação ao preço praticado no Contrato nº 134/2013

Convênio	Ano da compra	Preço do Acelerador Linear - Convênio	Percentual ref. Preço Convênio x Contrato nº 134/2013 (Plano de Expansão)
762109	2014	3.812.742,00	312%
778082	2014	2.196.982,01	180%
780603	2014	2.400.000,00	196%
781906	2014	2.143.664,74	175%
811818	2014	2.919.987,23	239%

Fonte: SICONV e Contrato nº 134/2013

Os casos mencionados no Quadro 3 representam uma amostra de preços praticados nas licitações realizadas pelos convenientes e refletem a majoração de tais preços quando comparados ao praticado no Contrato nº 134/2013 (Plano de Expansão da Radioterapia). Por outro lado, percebe-se que esses preços praticados nos convênios ficaram abaixo do preço de referência contido no SIGEM, revelando que essa referência serve, na prática, como teto para os valores efetivamente praticados nos convênios. Isso revela a necessidade de ajustar o valor indicado no SIGEM, de modo a refletir mais adequadamente os preços praticados no mercado (tais como nos convênios supracitados) e induzir a diminuição dos preços praticados em convênios futuros, considerando, inclusive, os valores praticados no âmbito do Contrato nº 134/2013.

Causa

- O valor de referência para a aquisição de aceleradores lineares contido no SIGEM é superior aos preços praticados nos convênios celebrados pelo Ministério da Saúde.
- O valor de referência para a aquisição de aceleradores lineares contido no SIGEM não considera o valor praticado no âmbito do Contrato nº 134/2013.
- O Ministério da Saúde não atuou junto aos fornecedores no sentido de negociar os preços praticados nos convênios na área de oncologia.

Manifestação da Unidade Examinada

No que diz respeito ao conteúdo dos pareceres técnico econômicos, a Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde se manifestou nos seguintes termos:

“A análise técnico-econômica de equipamentos médicos, conteúdo do parecer emitido sob responsabilidade do Fundo Nacional de Saúde, visa avaliar, com base na descrição e detalhamento das especificações técnicas apresentadas, somente a compatibilidade técnico-econômica de Equipamentos/Materiais Permanentes pleiteados, abstraindo-se aspectos relacionados à habilitação do proponente e seus dirigentes, mérito da proposta, viabilidade e sustentabilidade do pleito, e questões de natureza jurídico/legais e contábil/financeiras.

Essa atividade tem como principal finalidade a adequação das propostas, visando à máxima racionalidade dos recursos financeiros disponíveis, sem sobrepreços, livres de eventuais vícios de direcionamento e problemas relacionados à execução do projeto.

Para cumprir essa tarefa de tamanha responsabilidade para o Ministério da Saúde, a Coordenação de Análise de Investimentos e Infraestrutura - COAINF/FNS vem, desde o ano de 2009, buscando formas de proporcionar ferramentas apropriadas para a emissão de pareceres bem fundamentados.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde formalizou, através da Portaria GM/MS n.3134, de 17 de dezembro de 2013, a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS – RENEM e o Programa de Cooperação Técnica – PROCOT, que consolidou, sob a ótica da publicidade e transparência, programas essenciais para a gestão de investimentos em equipamentos e materiais permanentes financiáveis para o SUS.

Tais ferramentas podem ser traduzidas – resumidamente - na capacidade de acesso rápido às fontes fidedignas de informações técnicas-econômicas e uma contínua capacitação em relação às tecnologias em saúde disponíveis no mercado.

Oportuno citar a existência, no parecer, conforme descrição abaixo, do indicativo resumido da metodologia aplicada nas análises, que citam as referências das regras estabelecidas para a RENEM/SIGEM e PROCOT, formalizada pela Portaria citada, bem como as regras vinculantes ao PROCOT. Inclui-se, ainda, pesquisas em fontes internacionais, como o conteúdo do ECRI Institute.

‘As análises das estimativas de preço apresentadas na presente proposta utilizaram como referência o SIGEM - Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais do Ministério da Saúde, composta pela RENEM que é a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS, bem como, o PROCOT - Programa de Cooperação Técnica, que é um banco de dados do Ministério da Saúde, que contém informações de pregões presenciais e eletrônicos, cotações de fornecedores especializados, além de pesquisas em sistemas com estimativas de preços de tecnologias médicas, como o ECRI Institute. Para maiores informações sobre formação de preço dos itens da RENEM consulte o site do SIGEM: <www.sigem.saude.gov.br>’

Para tal, cumpre esclarecer que não seria produtora a inserção de todo o conteúdo relacionado a metodologia de análise e avaliação de preço praticados, em detalhes, pois tornaria o corpo do parecer extremamente extenso e de difícil compreensão para o alcance do real objetivo, que se traduz na indicação do objeto aprovado e seus valores, para fins de formalização da proposta de investimento. A síntese ora citada acima, baseada nos critérios estabelecidos pela Portaria, e por consequente detalhamento das regras do PROCOT e SIGEM, apontam a sistemática de análise e avaliações, disponíveis nos sítios eletrônicos (<www.sigem.saude.gov.br> e <www.procot.saude.gov.br>), que trazem de maneira detalhada, os critérios adotados.

De modo complementar, é disponibilizado no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde – FNS, no momento do cadastro das propostas de investimentos, um Manual dos Critérios para Análise Técnico-Econômica (anexo), para que toda entidade habilitada para cadastro de propostas tenha conhecimento de todo o processo de análise, além do embasamento técnico/legal, que permite ao proponente conhecer a regra de negócio.

Para fins de maior explanação, em anexo constam duas Notas Técnicas emitidas no âmbito do MS, sendo a primeira para demonstrar o processo de formação dos preços dos itens da RENEM e a segunda para demonstrar o comparativo dos preços praticados no SIGEM e no Plano de Expansão da Radioterapia para o item acelerador linear.

Quanto à citação da memória de cálculo, importa informar que se traduz nos orçamentos do custo de cada item, com as composições estabelecidas pelos diversos fornecedores que são consultados anualmente para a atualização dos preços praticados no mercado. De toda forma, é inviável a inserção, no parecer, da cotação enviada pelos fornecedores, tendo em vista que, considerando as regras do PROCOT, definidas através de seu manual (anexo) e Portaria, deve-se garantir o sigilo das informações repassadas pelas empresas ao Ministério, tendo como princípio os conceitos de *compliance*, pois o conteúdo das informações são estratégicos para a concorrência de mercado.

Assim, considerando que a recomendação da Coordenação-Geral de Auditoria da Área de Saúde-CGSAU propõe uma “desnaturação” do parecer emitido sob a responsabilidade deste FNS, e ainda, do RENEM e PROCOT, postula-se a sua não manutenção, face à completa inviabilidade técnica e jurídica de implementação.”

Quanto ao preço de referência dos aceleradores lineares indicado no SIGEM, a Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde se manifestou nos seguintes termos em relação ao relatório preliminar:

“As recomendações I e II estão relacionadas à observação de que os preços praticados na formalização de convênios para a ação de oncologia são menos vantajosos do que os praticados no Plano de Expansão de Serviços de Radioterapia, instituído para implementar os termos da Portaria GM/MS 931/2012, viabilizando o financiamento de projetos de criação, ampliação e qualificação de hospitais habilitados em Oncologia, atendendo vazios assistenciais e demandas regionais de assistência oncológica.

As conclusões dos achados ainda delimitam que as aquisições de equipamentos financiados por convênios não inseridos naquele Plano de Expansão viabilizam compras antieconômicas, além de comprometerem a instalação tempestiva e utilização adequada do equipamento.

Assim, com a máxima vênia às percepções dos trabalhos realizados e os registros contidos no Relatório ora avaliado, entende-se que duas ações distintas, com premissas também distintas estão a se confundir. E para demonstrar tal conclusão, passa-se, primeiramente à exposição do significado do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS-SIGEM, seu universo de aproveitamento/utilização, além de certa inviabilidade de se inverter a ótica de atuação desse Sistema para adaptá-la a uma ação peculiar, extremamente delimitada, que é o Plano de Expansão.

Assim, o SIGEM é uma ferramenta que permite acesso rápido às fontes de informações técnicas-econômicas disponibilizadas pelo Programa de Cooperação Técnica (PROCOT), com o intuito de agilizar a emissão de pareceres técnicos bem fundamentados e padronizados. Trata-se de uma ferramenta referencial (frise-se), que é utilizada para administrar o banco de dados do Ministério da Saúde dos itens pertencentes à Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM), onde são gerenciadas, pontualmente, as informações técnicas e econômicas, além de disponibilizar informações das configurações que são permitidas e não permitidas dos itens da RENEM, para orientar a elaboração das especificações técnicas, como também a estruturação dos serviços, além das especificações e dos preços sugeridos pelo Ministério da Saúde e outras informações relacionadas aos equipamentos e materiais permanentes financiáveis.

Trata-se, portanto, de uma ferramenta que não intenta promover tabelamento de preços, e sim, promover referência dos mesmos, especialmente em razão de os pactos conveniais envolverem atos posteriores à sua formalização pertinentes à obrigatoriedade de estabelecimento de certamente licitatório (e para os quais o SIGEM não tem qualquer ingerência), onde os interessados responderão norteando-se por seus preços praticados no mercado com vistas a atender aos anseios e especificações técnicas de quem promove tal chamada – medida essa superada e inexistente no Plano de Expansão, eis que o Ministério da Saúde já realizou pregão em 2013, do qual saiu vencedora a empresa Varian Medical Inc., cujo preço diferenciado pautou-se, entre uma série de questões, na transferência de tecnologia, capacitação, construção de fábrica no Brasil, entre outras medidas obviamente insuperáveis em outras pactuações, especialmente as promovidas em outros convênios pontuais firmados neste âmbito ministerial.

Tratando-se de uma ferramenta referencial, e não impositiva quanto aos preços (impositiva apenas quanto à configuração permitida a ser utilizada no SUS), a RENEM e o SIGEM, são atualizados anualmente de acordo com as necessidades de prestação de serviço para o atendimento ao SUS, além de estarem divulgados no site do FNS, qual seja, <http://portalfns.saude.gov.br/atualizacoes-renem-sigem>.

Dessa forma, é possível conceber que o SIGEM se presta a referenciar os itens, suas especificações técnicas e econômicas norteadoras de outros tipos de transferências, especialmente as convenientes alheias ao Plano de Expansão, mostrando-se, portanto, como a ferramenta macro, em face da excepcionalidade do Plano de Expansão, eis que as contrapartidas estabelecidas pelo Ministério da Saúde com a empresa Varian Medical Inc. são de extensão impraticável a outros contratantes em âmbito convenial.

Assim, não se mostra proporcional e adequado inverter a ótica de um sistema de referência e de reconhecimento internacional, modificando sua essência de coleta referencial e respeitadora dos interesses de mercado (nele, inclusive, o Ministério da Saúde não detém poder intervencionista) para adequá-lo aos preços praticados em uma ação excepcional, que é o Plano de Expansão. Pensar assim é o mesmo que exigir que a exceção modifique a regra!

Considerando que o espírito da preocupação dos técnicos da CGSAU reside no importante e inexcusável princípio da economicidade, e ainda, que a ferramenta atua em plano distinto do promovido pelo Plano de Expansão, o apontamento, a exemplo de outros constantes no Relatório, especialmente nos achados de auditoria, não deveria utilizar-se da terminologia “falhas”, eis que elas, como explanado para os itens em comento, inexistem.

Ainda pensando no espírito da recomendação, o máximo que se poderia esperar da preocupação relativa aos preços praticados no Plano de Expansão e os informados ao SIGEM, não seria inverter a ótica já praticada nesse sistema, e sim a realização de reunião de sensibilização do oferecimento de preços distoantes do Plano de Expansão com os responsáveis pelos equipamentos, mas frisando que tal medida, por envolver atos de agentes de mercado para os quais este FNS ou a Pasta Ministerial não detém poder de intervenção mercadológica, pode mostrar-se efetiva ou não, especialmente porque os preços até então ofertados e registrados no SIGEM encontram-se no plano de liberdade de atuação de mercado, inclusive chancelada constitucionalmente no art. 170 e seguintes.

Dessa forma, pugna-se que as duas “falhas” registradas no Relatório ora analisada sejam excluídas do mesmo, por se mostrarem inadequadas e inexequíveis, ou, de forma alternativa, que a relativa à atualização de preços no SIGEM seja alterada, primeiramente por não se tratar de falha, e em segundo plano para contemplar apenas sugestão de realização de roda de negociação com os agentes de mercado, sensibilizando-os para os preços praticados no Plano de Expansão, mas sem qualquer comprometimento como sucesso de tal medida, eis que se trata de um típico caso fortuito, estranho à vontade da administração.”

Análise do Controle Interno

As análises efetuadas no âmbito da auditoria sobre a amostra de convênios celebrados pelo Ministério da Saúde indicaram fragilidades no conteúdo dos pareceres técnico-econômicos emitidos pelo FNS e que subsidiam a aprovação dos convênios. Em resumo, essas fragilidades consistem na ausência de informações detalhadas sobre a adequação

dos preços dos equipamentos contidos nas propostas, o que prejudica aferir se as avaliações do Ministério da Saúde sobre esse aspecto são adequadas.

Quanto a esse aspecto, há de se destacar que o Ministério da Saúde tem desenvolvido mecanismos e ferramentas voltadas a dar objetividade e transparência aos valores praticados nos convênios, tais como o SIGEM e o PROCOT. Nesse sentido, entende-se como pertinente a colocação do FNS de que não é necessário detalhar as metodologias adotadas nessas ferramentas em todos os pareceres, bastando somente a menção de que os preços apresentados foram analisados com base nessas ferramentas, sobretudo o SIGEM.

Dessa forma, em que pese a fragilidade dos pareceres mais antigos que foram analisados no âmbito dessa auditoria, entende-se que não é pertinente a emissão de recomendação voltada a ajustar o conteúdo dos pareceres técnico-econômicos, uma vez que, atualmente, as análises sobre os preços são feitas com base no SIGEM.

Já no que diz respeito ao preço dos aceleradores lineares indicado no SIGEM, cabe ressaltar a importância dessa ferramenta no processo de definição dos preços praticados nos convênios celebrados pelo Ministério da Saúde. Apesar de se tratar de uma “ferramenta referencial”, conforme frisado pelo gestor na manifestação supracitada, trata-se da única ferramenta oficial para esse fim e, por isso, é seguro concluir que os preços contidos no SIGEM são utilizados intensivamente pelos proponentes no processo de formulação da proposta dos convênios.

Nesse contexto, faz sentido imaginar um fluxo de informações que se retroalimentam, onde o SIGEM considera informações sobre transações realizadas no mercado para definir um referencial de preços. Esse referencial, por sua vez, será utilizado para balizar transações futuras, fechando um ciclo onde o SIGEM passa a ter influência sobre os preços praticados no mercado.

Isso fica mais patente em um setor como o de equipamentos de radioterapia no qual o principal consumidor é o próprio Estado, ou seja, onde a maior parte das transações comerciais são realizadas tendo o SIGEM como referencial. Com isso, ao adotar o SIGEM como referencial para avaliar a adequação das propostas de convênios recebidas, o Ministério da Saúde estabelece uma espécie de teto para aquele item.

Nesse sentido, a equipe de auditoria discorda do entendimento exarado pelo gestor de que o Ministério da Saúde não detém poder intervencionista no mercado de equipamentos de radioterapia. A interpretação do órgão de controle interno é de que por ser o principal consumidor do mercado, seja pelas aquisições diretas (exemplo: Plano de Expansão) ou por meio de transferências voluntárias (exemplo: convênios), o Estado exerce, sim, grande influência sobre os preços praticados nesse mercado, podendo, inclusive, adotar estratégias voltadas à sua diminuição, observando a sustentabilidade do mercado.

A preocupação exarada pelo FNS na manifestação transcrita acima, que, destaca-se, é extremamente pertinente, é de que a diminuição dos preços indicados no SIGEM prejudique a execução do objeto do convênio, uma vez que esse valor passaria a estar fora da realidade praticada no mercado.

Por outro lado, há de se considerar que o recurso financeiro utilizado para financiar um convênio celebrado pelo Ministério da Saúde para a aquisição de um acelerador linear

é federal e não deixa de sê-lo pelo fato de as despesas serem executadas por agentes privados. Os convênios, sob essa perspectiva, representam somente a modalidade de desembolso do recurso federal para a execução de projetos relacionados a uma política pública de saúde, no caso a Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer.

Não faria sentido imaginar que os convênios para a aquisição de aceleradores lineares a serem instalados em hospitais que ofertam tratamento oncológico ao SUS são celebrados de forma descasada com a Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer, que é uma política coordenada pelo Ministério da Saúde. Ao contrário, a premissa fundamental do convênio é que haja interesse recíproco entre as partes (Ministério da Saúde e convenentes).

Dessa forma, podemos interpretar que os convênios aqui tratados e o Plano de Expansão da Radioterapia possuem o mesmo objeto (estruturação de estabelecimentos na atenção oncológica no SUS), o mesmo objetivo (ampliar/qualificar a oferta de tratamentos oncológicos no SUS) e a mesma fonte de recursos (recursos federais). Além disso, cabe destacar que em grande parte dos convênios, a contratada é a mesma do Plano de Expansão, uma vez que só existem duas empresas fornecedoras de aceleradores lineares atuando no mercado brasileiro.

Por isso não faz sentido o Ministério da Saúde desembolsar mais de R\$ 3 milhões para a aquisição de um acelerador linear via convênio enquanto adquire o mesmo produto, junto ao mesmo fornecedor, pelo preço de R\$ 1,2 milhões no âmbito do Plano de Expansão da Radioterapia.

Caso sejam celebrados convênios desse tipo durante a vigência do Contrato nº 134/2013, o Ministério da Saúde estará exposto ao risco de ser questionado quanto à economicidade dessa transferência. Por isso, é prudente e aconselhável que o Ministério da Saúde não desconsidere os preços praticados no âmbito Contrato nº 134/2013 ao avaliar os preços propostos nos convênios para aquisição de aceleradores lineares.

A manifestação do FNS indica que não é viável ajustar os preços do SIGEM considerando o Contrato nº 134/2013 porque isso alteraria a lógica dessa ferramenta, que busca refletir a realidade do mercado. Considerando que os preços praticados nos convênios são significativamente inferiores ao do SIGEM, conforme Quadro 3 desse relatório, essa equipe de auditoria reforça que é viável rediscutir os valores do SIGEM, inclusive mediante discussão com as empresas fornecedoras do ramo.

Além disso, faz-se necessário buscar alternativas para evitar que se incorra na situação tratada anteriormente, em que se verificam discrepâncias nos preços decorrentes do modelo de aquisição adotado (aquisição direta ou via convênios). Uma possibilidade que deve ser considerada é a centralização de aquisições que historicamente são feitas por meio de convênios, tais como aquelas oriundas de emendas parlamentares. Ou, como alternativa, a realização de atas de registros de preços de equipamentos padronizados e que sofrem pouca ou nenhuma variação dentro do território nacional, como é o caso dos aceleradores lineares.

Nesse sentido, e de acordo com entendimento firmado na Reunião de Busca Conjunta de Soluções dessa auditoria, a equipe de auditoria realça o entendimento de que o Ministério da Saúde deve promover rodadas de negociações com os agentes de

mercado visando influenciar os preços a serem praticados em convênios futuros e os apresentados no SIGEM, considerando as condições do Plano de Expansão e as necessidades de estruturação dos estabelecimentos de saúde que atendem pelo SUS no médio e longo prazo.

Recomendações:

Recomendação 1: Promover rodada de negociação junto às empresas Varian e Elekta com o intuito de 1) buscar a redução dos preços praticados pela empresa nas vendas de aceleradores lineares às entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos receptoras de recursos federais para aquisição desses equipamentos; 2) adequar os preços apresentados ao PROCOT/SIGEM aos preços de mercado.

Recomendação 2: Avaliar a possibilidade de instituir ata de registro de preços e de realizar compras centralizadas de equipamentos para atender às emendas parlamentares, de forma a obter a maior economicidade possível.

1.1.1.3 CONSTATAÇÃO

Concentração territorial das transferências voluntárias realizadas pela União para a estruturação de estabelecimentos na atenção oncológica, restringindo o investimento federal em regiões que necessitam de ampliação da rede assistencial.

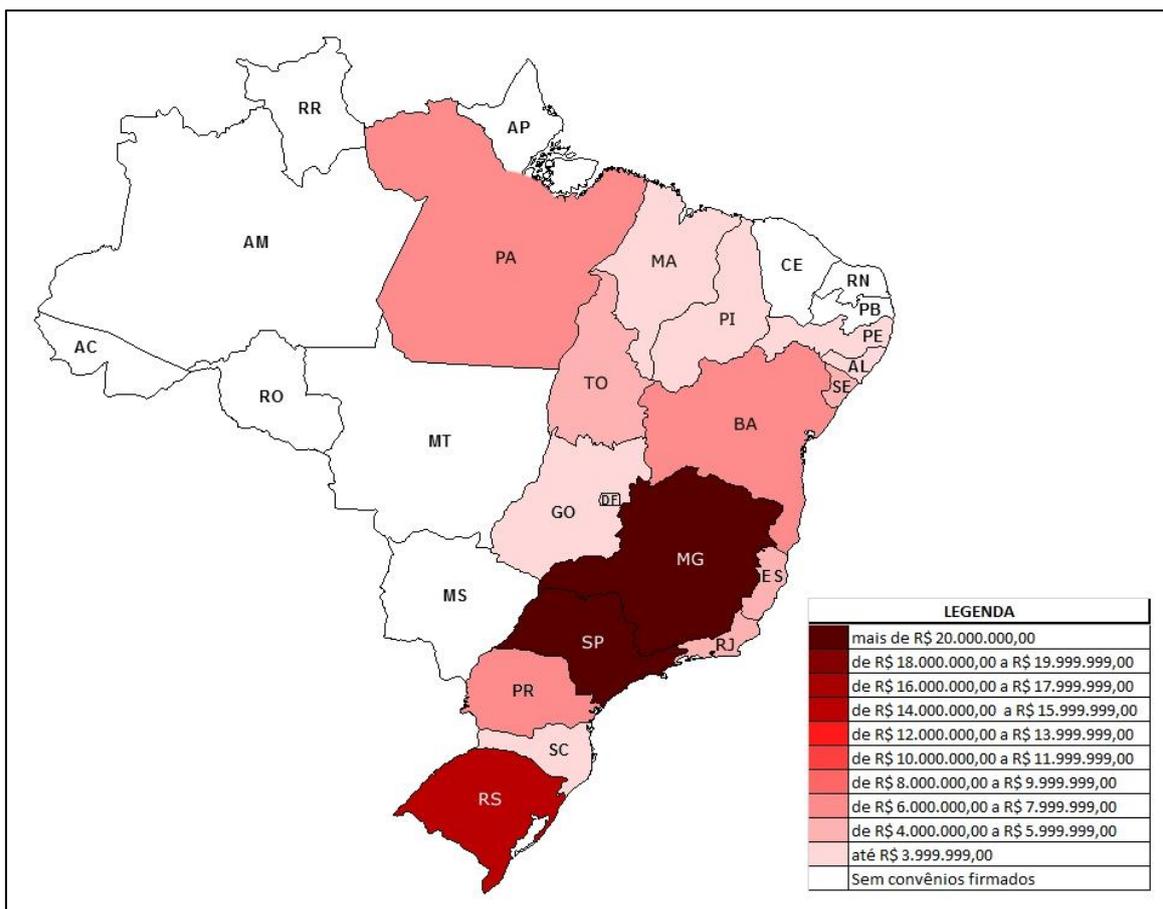
Fato

Com o objetivo de analisar de que forma os recursos federais destinados à estruturação de serviços de radioterapia são distribuídos no território nacional, foram analisadas as 54 transferências – dentre convênios e transferências fundo a fundo – realizadas pelo Ministério da Saúde para a aquisição de aceleradores lineares.

Em termos quantitativos, verificou-se que 29 das 54 transferências (53,7%) foram destinadas a estabelecimentos localizados nos estados de Minas Gerais (16 transferências) e São Paulo (13 transferências). Por outro lado, 10 estados não receberam recursos, via convênios ou transferências fundo a fundo, para a aquisição de aceleradores lineares. São eles: Roraima, Amapá, Amazonas, Acre, Rondônia, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba. Destaca-se que todos os estados não contemplados com recursos são das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste.

Em termos financeiros, percebe-se que do total de R\$ 163 milhões celebrados, R\$ 98 milhões (60%) se concentram nos estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul. O gráfico a seguir representa a concentração dos recursos relativos às 54 transferências analisadas.

Gráfico 3 – Distribuição territorial dos recursos de transferências voluntárias da União para a aquisição de aceleradores lineares



Fonte: Elaboração própria com base em informações apresentadas pelo Ministério da Saúde

Apesar da inexistência de convênios ou de transferências fundo a fundo para aquisição de aceleradores lineares em grande parte dos estados da região Norte, Nordeste e Centro Oeste, é possível afirmar que essas localidades apresentam grande carência de serviços de radioterapia. De acordo com informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referentes à competência de agosto de 2017, dos 10 estados que não foram contemplados com transferências da União para a aquisição de aceleradores lineares, 4 não possuem acelerador linear (Acre, Amapá, Roraima e Rondônia). Além disso, todos os 10 estados possuem déficit de serviços de radioterapia, conforme detalhado no quadro a seguir.

Tabela 2 – Estimativa da necessidade de aceleradores lineares nos estados que não receberam recursos de convênios ou de transferências fundo a fundo para esse fim

UF	QUANTIDADE DE ACELERADORES EXISTENTES*	ESTIMATIVA ANUAL DE NOVOS CASOS**	NECESSIDADE DE ACELERADORES***	DEFICIT DE ACELERADORES
AC	0	825	1	1
AM	2	4.717	8	6
AP	0	7.61	1	1
RO	0	2.019	3	3
RR	0	600	1	1
MT	2	5.291	9	7
MS	3	6.128	10	7
CE	7	15.799	26	19

UF	QUANTIDADE DE ACELERADORES EXISTENTES*	ESTIMATIVA ANUAL DE NOVOS CASOS**	NECESSIDADE DE ACELERADORES***	DEFICIT DE ACELERADORES
RN	4	5.922	10	6
PB	4	6.384	11	7

Fonte: Elaboração própria com base em informações do IBGE, INCA, CNES e OMS.

* Informações sobre a quantidade de aceleradores extraídas do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

** Estimativa de novos casos calculada a partir da publicação do INCA: “Estimativa 2016 de Incidência de Câncer no Brasil” e de informações do IBGE acerca da população dos estados.

*** Necessidade de aceleradores calculada conforme a diretriz da OMS de um acelerador linear para cada 600 novos casos de câncer. Os números do quadro foram arredondados e correspondem à necessidade total. O deficit de aceleradores no estado corresponde à subtração das colunas “Necessidade” e “Quantidade de aceleradores”.

A concentração dos recursos em regiões mais desenvolvidas aliada ao fato de que as regiões não contempladas com transferências voluntárias para a aquisição de aceleradores lineares carecem desse tipo de serviço evidenciam que a alocação desses recursos não está alinhada às necessidades da Política Nacional de Controle e Combate ao Câncer.

A manutenção de desigualdades regionais relacionadas à rede de atenção oncológica prejudica o acesso de portadores de câncer ao tratamento adequado. Como efeito, além dos agravos à saúde da população ocasionados pela inadequação do tratamento oncológico sem o uso da radioterapia, tem-se um cenário de fluxo intenso de pacientes para regiões mais estruturadas, inclusive por meio de ações judiciais.

Causa

- Baixa ingerência do Ministério da Saúde na definição das localidades que receberão recursos federais via convênios
- Inexistência de mecanismos para priorização dos beneficiários dos convênios com base nas necessidades assistenciais

Manifestação da Unidade Examinada

Não houve manifestação da unidade examinada.

Análise do Controle Interno

Não se aplica.

Recomendações:

Recomendação 1: Elaborar, anualmente, documento identificando as localidades que possuem maior carência de investimentos na área de oncologia (diagnóstico e tratamento) e utilizar tais informações como critério para a aprovação das propostas de convênios. Esse documento deve ser divulgado a parlamentares sempre que pertinente,

visando alocar recursos de convênios de forma condizente com as necessidades assistenciais.

1.1.1.4 CONSTATAÇÃO

Atrasos excessivos na execução dos objetos pactuados devido a sucessivas prorrogações de prazo, prejudicando o acesso da população ao tratamento oncológico.

Fato

Com o objetivo de avaliar a execução das transferências voluntárias destinadas ao financiamento de ações relacionadas à atenção oncológica, seja para aquisição de materiais e equipamentos (convênios) ou para realização de obras (contratos de repasse), verificou-se que elas têm sido executadas em prazos muito superiores ao inicialmente previsto, conforme descrito no quadro a seguir.

Quadro 4 – Prazo de execução original e efetivo – Convênios e Contratos de Repasse

TIPO DE TRANSFERÊNCIA	PRAZO ORIGINAL (MÉDIA)	PRAZO EFETIVO (MÉDIA)
Convênios	1 ano	3,6 anos
Contratos de repasse	2 anos	4 anos

Fonte: SICONV.

Deve ser mencionado que, nos cálculos realizados, tanto para as transferências destinadas à aquisição de equipamentos quanto às obras, foram considerados registros no SICONV em junho/2017, podendo alguns instrumentos ainda vigentes terem seus prazos de vigências alongados, o que levaria a um aumento da média do prazo de execução. Outro fator a ser levando em consideração é que o término da vigência dos convênios não significa, por si só, que os aceleradores lineares ou demais equipamentos tenham entrado em efetivo funcionamento, podendo a vigência expirar e subsistir, por exemplo, a necessidade de testes e calibrações nesses equipamentos. Em análise realizada na produção informada no Sistema de Informações Ambulatoriais-SIA/SUS quanto aos procedimentos de radioterapia com acelerador linear, observou-se que o funcionamento efetivo dos equipamentos ocorreu, em média, 22 meses após o término da vigência do convênio.

Os atrasos excessivos na execução dos convênios ocorrem nada obstante existam exigências estabelecidas pela SAS/MS no Memorando nº 013/2015 - CGAPDC/DAET/SAS/MS, de 14/04/2015, como forma de evitar que tal problema venha a ocorrer. São exemplos dessas exigências a serem apresentadas pelos convenientes em suas propostas: i) o Termo de Responsabilidade, que prevê o prazo máximo de 12 meses para construção da casamata (bunker) com recursos próprios do conveniente caso tal ambiente ainda não esteja construído; ii) projeto de construção ou adequação da casamata e o respectivo protocolo de aceite dado pela Comissão Nacional de Energia Nuclear-CNEN; e iii) declaração de disponibilidade de profissionais para manejo do equipamento.

Os atrasos na implantação dos objetos das transferências voluntárias prejudicam significativamente as condições de saúde da população. Estima-se, de acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS, que um acelerador linear atende, em média, 600 novos casos de câncer ao ano. Isso significa que cada ano de atraso na instalação de um acelerador linear representa 600 pacientes sem tratamento. Sob essa perspectiva, avalia-se que os atrasos ocorridos na aquisição e instalação de 49 aceleradores lineares aqui analisados resultam em cerca de 30 mil portadores de câncer sem acesso ao tratamento radioterápico a cada ano. Essa cifra é obtida considerando 2,6 anos de atraso, em média, na execução dos convênios, valor esse obtido com a subtração de 1 ano (prazo original de vigência) do valor médio total do prazo de execução da transferência.

Com o objetivo de identificar as causas para os atrasos na execução dos convênios e dos contratos de repasse na área de oncologia, foram realizadas análises de 10 processos dentre as 373 transferências voluntárias avaliadas, cujos objetos compreendiam a aquisição de acelerador linear, aparelho de braquiterapia, mamógrafo, entre outros. Entre as causas mais recorrentes está a demora na transferência de recursos por parte do Ministério da Saúde. Verificou-se que a maioria das transferências são celebradas no mês de dezembro, e os respectivos empenhos inscritos em Restos a Pagar. Por decorrência, a primeira prorrogação (de ofício) ocorre em praticamente todas as transferências.

Para ilustrar esse atraso, seguem informações de convênios para aquisição de aceleradores lineares fiscalizados pela CGU:

Quadro 5 – Tempo decorrido para a liberação dos recursos federais em convênios para aquisição de aceleradores lineares

Convênio (Siconv)	Estabelecimento	Tempo decorrido entre a celebração do convênio e a liberação dos recursos pelo MS
812943/2014	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	313 dias
811818/2014	Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho	300 dias
36386/2011	Instituto Brasileiro de Controle do Câncer	442 dias
777928/2012	Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho	224 dias

Fonte: SICONV e processos dos convênios.

Outras causas verificadas foram as seguintes: i) falta de conhecimento do conveniente de que os recursos já haviam sido depositados na conta bancária; ii) problemas aduaneiros e outros relativos à importação dos equipamentos; iii) inexistência de casamata (*bunker*) ou atrasos na sua construção; iv) demora na autorização de funcionamento por parte da VISA e CNEN; v) necessidade de o conveniente desembolsar recursos próprios para construção de casamatas e para custear diferenças cambiais na aquisição de equipamentos importados; e vi) falhas na elaboração do Plano de Trabalho.

Em um caso específico (Convênio nº 775494), celebrado com a Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto/SP, a entrada em funcionamento do equipamento foi adiada em virtude da dificuldade de definição da data de inauguração por conta da agenda das autoridades políticas.

Merecem destaque as falhas na elaboração do Plano de Trabalho, redundando, em certas ocasiões, na emissão de diversos pareceres de mérito ou técnico-econômicos (um exemplo extremo foi o Convênio nº 777446, celebrado com a Fundação Cristiano Varella/MG, em que houve a emissão de 7 pareceres de mérito e 10 pareceres técnico-econômicos, o que ocasionou um atraso de mais de 6 meses). No presente caso, a falha implicou atraso na execução do convênio, uma vez que os pareceres técnico-econômicos foram elaborados posteriormente à celebração do instrumento de transferência.

A competência para assinar termos aditivos de prorrogação de prazo de convênios e de contratos de repasse foi delegada ao Diretor-Executivo do Fundo Nacional de Saúde pela Portaria GM/MS nº 1.754/2004. Por ser abrangente, o mencionado normativo não distingue os casos em que a solicitação de prorrogação necessitaria de uma análise da área técnica (DAE), deixando a cargo do FNS todos os pedidos de aditamento de prazo, o que pode implicar a concessão indiscriminada de prorrogação em virtude da ausência de oitiva da área técnica, a qual poderia decidir com propriedade sobre a concessão ou não da prorrogação.

Causa

- Demora para a liberação dos recursos federais;
- Aprovação de convênios sem que todas as condições necessárias para a instalação do equipamento sejam observadas;
- Insuficiência dos valores repassados pelo Ministério da Saúde frente aos preços contratados pelo conveniente ou em decorrência de oscilações cambiais;
- Os planos de trabalho dos convênios não incluem todas as ações e gastos necessários para o cumprimento do objeto, tal como a construção da casamata (*bunker*);
- Existência de diversas etapas relacionadas à importação e à autorização para funcionamento dos equipamentos que envolvem aprovação de outros órgãos;
- Concessão de prorrogação de prazos dos convênios sem a devida análise técnica dos impactos dela decorrentes;
- Falta de conhecimento do conveniente de que os recursos estão depositados na conta bancária.

Manifestação da Unidade Examinada

A Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde-FNS, por meio do Ofício nº 836-SEI-2017/DIAN/FNS/SE/MS, de 18/12/2017, manifestou-se nos seguintes termos:

“Quanto a esta recomendação insta destacar que o FNS pauta sua atuação na celeridade de efetivação de repasses, e tal premissa também é utilizada para os repasses visualizados na auditoria em comento, configurando como única hipótese a obstar o atingimento de tal celeridade a indisponibilidade financeira.

Dessa forma, pode-se afirmar que a presente recomendação já faz parte das rotinas de trabalho do FNS.”.

Análise do Controle Interno

A manifestação apresentada pelo FNS não contestou o fato apontado e restringiu-se a uma das causas apontadas, tendo acrescentado a informação de que atrasos nas transferências decorrem exclusivamente de indisponibilidade financeira. Ante o exposto, mantém-se integralmente a constatação, uma vez que a justificativa apresentada explica a ocorrência do fato constatado, mas não afasta o problema detectado.

Recomendações:

Recomendação 1: Providenciar a transferência dos recursos financeiros no prazo máximo de 60 dias após a aprovação dos convênios, salvo nos casos de indisponibilidade financeira.

Recomendação 2: Submeter à SAS/MS as solicitações de aditamento de prazo de convênios relacionados à política oncológica, exceto as decorrentes de atraso na transferência de recursos ao conveniente, alterando, se necessário, a Portaria GM/MS nº 1.754/2004.

Recomendação 3: Analisar a pertinência de financiamento da infraestrutura necessária à instalação dos aceleradores lineares.

1.1.1.5 CONSTATAÇÃO

Deficiências no monitoramento da execução das transferências voluntárias e do funcionamento dos equipamentos adquiridos.

Fato

No processo de monitoramento das transferências voluntárias, seja da execução do objeto, seja do funcionamento dos equipamentos adquiridos, a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS prioriza o acompanhamento da entrega e do funcionamento daqueles relativos ao tratamento e ao diagnóstico do câncer, a saber: acelerador linear, aparelho de braquiterapia, mamógrafo e colposcópio. As transferências voluntárias cujos objetos sejam distintos desses quatro equipamentos não são monitorados pela SAS, embora deva haver o acompanhamento realizado pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS, voltado principalmente à execução física e financeira das transferências.

Diante da análise das informações fornecidas pelas SAS, foram verificadas algumas falhas no processo de monitoramento das transferências voluntárias, conforme a seguir detalhado:

i) O monitoramento da execução do convênio efetuado pela SAS restringe-se à realização de contato telefônico com o proponente a fim de acompanhar a entrega e o

início do funcionamento dos equipamentos, procedimento de cunho meramente declaratório por parte da entidade beneficiada.

ii) O acompanhamento realizado pelo FNS não é pautado em critérios objetivos de aferição do atendimento dos objetivos das transferências voluntárias, o que está em desacordo com o previsto no art. 6º, inciso I, item “a” da Portaria nº 424/2016, no qual se estabelece, entre as competências do concedente, a necessidade de avaliação da execução física e dos resultados alcançados. Em um universo de 26 convênios cujo período de vigência expirou até junho/2017 e cujo objeto contemplou a aquisição de pelo menos um acelerador linear, apenas para 2 casos havia algum parecer elaborado pela Divisão de Convênios-DICON/FNS em que se afirmou que os equipamentos estavam em funcionamento e, tão somente por essa razão, os objetivos foram considerados atendidos. Uma vez que as entidades filantrópicas devem atender pelo menos 60% de seus pacientes pelo SUS (art. 4º, inciso II da Lei nº 12.101 - Lei do CEBAS - Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social), não se verificou qualquer avaliação nesse sentido, havendo apenas a pressuposição de que, se o equipamento estava funcionando, então os objetivos dos convênios estariam sendo atendidos.

iii) Existência de 63 transferências voluntárias relacionadas à assistência oncológica (convênios e contratos de repasse) não acompanhados pela área de oncologia da SAS/MS. Foi realizado cotejamento entre as informações prestadas pela SAS/MS e as extraídas do Portal de Convênios do governo federal (SICONV), tendo sido detectadas 63 transferências não acompanhadas pela SAS/MS, totalizando R\$ 35 milhões em valores pactuados. Aplicando-se filtro contendo apenas as transferências cujos valores são maiores ou iguais a R\$ 500 mil, obtêm-se 12 transferências que totalizam valores pactuados de R\$ 27,6 milhões e objetos diversos, conforme o Quadro 6 adiante:

Quadro 6 – Transferências acima de R\$500 mil não acompanhadas pela SAS/MS

Nº Convênio	Objeto	Conveniente	Valor Pactuado
709922	Equipamentos diversos	Fundação Cristiano Varella	2.816.868,32
710615	Equipamento de raio x - arco cirúrgico	Fundação Napoleão Laureano	770.000,00
731380	Equipamentos diversos, inclusive Ressonância Magnética	Liga Paranaense de Combate ao Câncer	6.930.000,00
748488	Obra	Município de Campinas	4.892.060,17
749816	Obra	Fundação Universidade de Caxias do Sul	3.781.568,00
752352	Obra	Município de Caxias/MA	738.862,00
765554	Obra	Casa de Saúde Santa Marcelina	2.001.147,00
766206	Obra	Instituto das Pequenas Missionárias de Maria Imaculada	996.180,49
766267	Obra	Secretaria de Estado de Saúde/AC	500.000,00
768501	Equipamentos diversos Ressonância Magnética Tomógrafo Computadorizado	- Casa de Caridade de Alfenas N S P e Socorro	2.500.000,00
769022	Aparelho de Raio X Telecomandado	Liga Paranaense de Combate ao Câncer	690.000,00

775383	Equipamentos diversos	Associação Piauiense de Combate ao Câncer	975.000,00
TOTAL			27.591.685,98

iv) Alteração da destinação de um acelerador linear sem a anuência da área de oncologia da SAS (Departamento de Atenção Especializada e Temática-DAET). O Convênio nº 730663/2009, no valor de R\$ 3.762.000,00, celebrado com a Associação de Combate ao Câncer de Goiás (Hospital Araújo Jorge) previu a aquisição de 2 aceleradores lineares, sendo que um deles foi doado à Fundação Carmem Prudente de Mato Grosso do Sul (Hospital do Câncer Dr. Alfredo Abrão), sediada em Campo Grande/MS. Em uma de suas manifestações no processo, o DAET recomendou que, para a nova destinação do equipamento, houvesse a observância de vazios assistenciais e a priorização de hospitais públicos que possuíam demanda do acelerador linear, encaminhando a questão, ao fim, para posicionamento da Assessoria Jurídica da SAS quanto à legalidade da doação, que foi efetivada desconsiderando o parecer da área técnica.

Além de a doação ter sido realizada sem a anuência da área de oncologia (DAET), conforme exposto no Despacho SAS nº 496, de 06/06/2017, merece registro que a ACCG, em sua justificativa para celebração do convênio, havia expressado a necessidade de instalação de dois novos aceleradores lineares, conforme se verifica no seguinte trecho da justificativa:

“(...) foi demonstrado aqui a necessidade urgente da aquisição de dois novos aceleradores lineares com pelo menos uma energia de fótons (energia de 6 MV de fótons) e de um simulador para radioterapia para que a ACCG não apenas possa manter sua capacidade instalada de atendimento de três aceleradores, como aumentar em 84 pacientes (o equivalente ao funcionamento de um acelerador) com a aquisição também de um simulador.”. (Original sem grifo)

O presente caso ilustra o distanciamento que há entre as análises técnicas – a cargo da SAS – e os atos relativos à execução dos convênios, que são concentrados no FNS. Esse distanciamento aumenta o risco de que os objetivos das transferências não sejam alcançados, mesmo quando a execução física e financeira dos instrumentos celebrados é aprovada.

Causa

- Concentração das competências na gestão de convênios no Fundo Nacional de Saúde, em detrimento da atuação das áreas técnicas;
- Insuficiência dos mecanismos para o monitoramento da execução dos convênios pelas áreas técnicas;
- Insuficiência dos critérios utilizados para avaliar o cumprimento dos objetivos dos convênios.

Manifestação da Unidade Examinada

A Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde-FNS, por meio do Ofício nº 836-SEI-2017/DIAN/FNS/SE/MS, de 18/12/2017, manifestou-se nos seguintes termos:

“As duas recomendações, relacionadas à manifestação da área finalística para alterações na execução dos convênios e aditamento de prazos, já são plenamente implementadas em face de transferências realizadas por meio de Termos de Execução Descentralizada-TEDs e Termos de Cooperação-TCs, e em relação aos convênios – não apenas aos de oncologia – virá a ser padronizada em breve, eis que a Coordenação-Geral de Acompanhamento de Investimentos e Análise de Contas-CGAC/FNS está em vias de finalização de Memorando que norteará a questão, recomendando-as internamente e para os Núcleos Estaduais-NEMs, subordinados regimentalmente à Secretaria Executiva, e para os quais este FNS detém, apenas, o papel de supervisão técnica, na conformidade do que dispõem os arts. 19, III e 181 da Portaria GM/MS n.º 1.419, de 8 de junho de 2017.

Destaque-se, ainda, que com a alteração regimental ocorrida neste Ministério e registrada na mencionada Portaria, os NEMs, por meio de duas áreas de Convênios, são os detentores de atribuições relacionadas à execução de atividades de habilitação, análise e formalização de convênios, seu acompanhamento e prestação de contas, não estando vinculados hierarquicamente a este FNS, e sim em um plano de igualdade hierárquica por estarem também vinculados (assim como o FNS) à Secretaria Executiva. Dessa forma, resta a este FNS, apenas, em face da atuação destas Unidades, promover seu encargo legal de supervisão/orientação técnica.

Análise do Controle Interno

O FNS/MS informou que, em relação aos convênios, será estabelecido rito voltado à análise de alterações na sua execução. Acrescentou que as atribuições relacionadas à execução convencional estão a cargo dos Núcleos Estaduais do MS. Considerando que não foram refutados os fatos constatados e que as atividades já desempenhadas – que estariam consonantes com as recomendações formuladas – restringem-se à execução de Termos de Execução Descentralizada-TED e Termos de Cooperação-TC, mantém-se a constatação.

Recomendações:

Recomendação 1: Estabelecer a anuência da área técnica finalística como requisito obrigatório para a alterações na execução dos convênios celebrados nos casos em que haja impacto na assistência oncológica.

Recomendação 2: Incluir, como critérios a serem verificados para a aprovação dos convênios na área de oncologia, verificações acerca das condições mínimas necessárias para a prestação de serviços no SUS, tais como a existência de profissionais especializados, de contratos ou instrumentos congêneres com o SUS e de outros critérios definidos pela área técnica.

1.1.1.6 CONSTATAÇÃO

Ausência de incremento na produção informada no SIA/SUS por parte dos estabelecimentos beneficiários de recursos federais cujos aceleradores lineares já se encontram em funcionamento.

Fato

Com o objetivo de avaliar se os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde para a aquisição de aceleradores lineares estão contribuindo para o aumento da oferta de procedimentos de radioterapia no SUS, foram analisadas as informações contidas no Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS relacionadas aos estabelecimentos de saúde beneficiados por essas transferências.

A partir do programa TABWIN versão 4.1.3, foram extraídos dados constantes da base do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS referentes ao período compreendido entre o 2º semestre de 2008 e junho de 2017, de forma a abranger parte do período de vigência dos convênios celebrados para aquisição e instalação de 49 Aceleradores Lineares (2009 a 2017). Os parâmetros utilizados na extração foram as Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) emitidas cujos procedimentos principais foram aqueles relativos à utilização de Aceleradores Lineares, a saber:

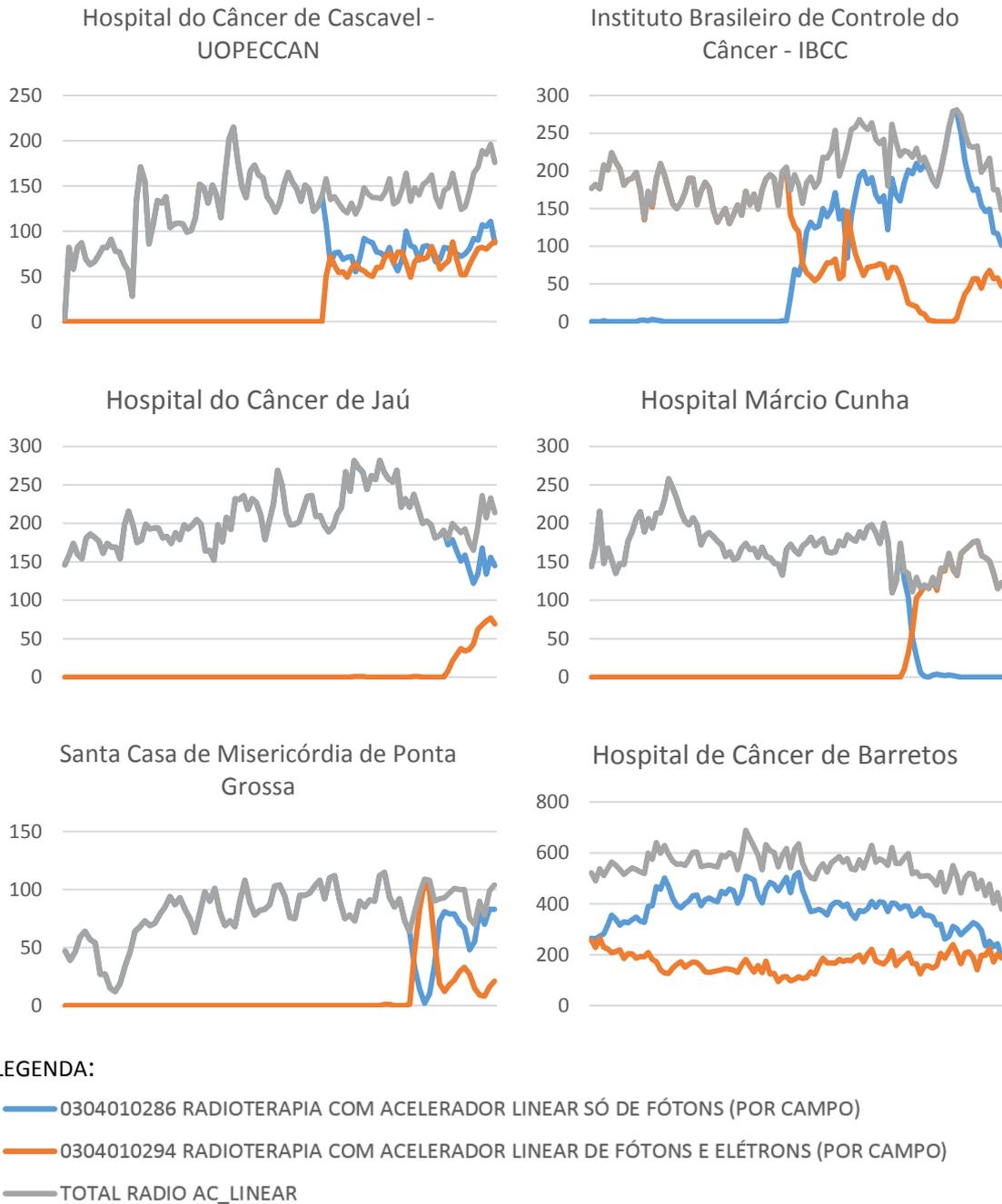
- i) 0304010286 - Radioterapia com acelerador linear só de fótons (por campo); e
- ii) 0304010294 - Radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons (por campo).

Em alguns casos, foi possível verificar o aumento da produção no SIA/SUS, como ocorreu nos seguintes estabelecimentos: Hospital São José (CNES 2758164 – Criciúma/SC); União Brasileira de Educação e Assistência-UBEA (CNES 2262568 – Porto Alegre/RS); Instituto Mário Penna (CNES 2200457 – Belo Horizonte/MG); Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho (CNES 2080125 – São Paulo/SP); Hospital Mário Kroeff (CNES 2269899 – Rio de Janeiro/RJ); Hospital Santa Rita de Cássia (CNES 0011738 – Vitória/ES).

Foram verificados casos em que, nada obstante o acelerador linear adquirido com recursos federais tenha entrado em operação, no cômputo geral, considerando a preexistência de um ou mais aceleradores lineares, não houve aumento do número total de APAC. A ocorrência de tal fato se deveu à redução da utilização do(s) equipamento(s) preexistente(s) em proporção similar ou superior à do aumento da produção ocasionada pelo uso do novo equipamento.

Listam-se, adiante, os casos detectados:

Gráficos 4 - Estabelecimentos com produção no SIA/SUS sem incremento



No caso do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer–IBCC, houve, ainda, incompatibilidade os procedimentos registrados no SIA/SUS e os registros existentes no CNES, conforme detalhado na próxima constatação.

Além dos casos em que não houve o incremento na produção ambulatorial, verificou-se que o início do registro da produção se deu, em média, após decorridos 22 meses a contar do fim da vigência do convênio. Foram consideradas, na presente análise, as informações de vigência (SICONV) e produção (SIA/SUS) relativas aos Convênios nºs. 731675, 755217, 760124, 762109, 775501, 777928, 781906, 797860 e 798406. Os dados de produção do SIA/SUS referem-se aos Procedimentos 03.04.01.02.86 e 03.04.01.02.94, ambos relativos à operação do equipamento acelerador linear.

Causa

- Inexistência de instrumento que obrigue os hospitais beneficiados com convênios para a aquisição de aceleradores lineares a aumentarem a oferta total de tratamentos no SUS;
- Inexistência de instrumento que obrigue os hospitais a utilizarem os equipamentos adquiridos por meio de convênio exclusivamente em procedimentos no SUS;
- Inexistência de mecanismos para o monitoramento específico da utilização dos equipamentos adquiridos por meio de convênios.

Manifestação da Unidade Examinada

Por meio do Ofício nº 836-SEI/2017/DIAN/FNS/SE/MS, a Diretoria-Executiva do FNS manifestou-se nos seguintes termos:

“O FNS, durante o exercício de 2017, realizou a atualização de suas minutas de convênios, aproveitando a necessária tradução em seus instrumentos do que dispõe a nova Portaria de regência convenial, qual seja, a Portaria Interministerial 424, de 30 de dezembro de 2016. Dessa feita, quando da realização desse trabalho, a Divisão de Análises Normativas-DIAN deste FNS reuniu recomendações oriundas do Tribunal de Contas da União-TCU, orientações da Advocacia-Geral da União-AGU sobre convênios, além de apontamentos técnicos, para elaborar a nova minuta e que posteriormente foi analisada e aprovada pela Consultoria Jurídica deste Ministério.

Na ocasião, uma das situações enfrentadas pela equipe e inseridas na nova minuta foi a preocupação com o objetivo (destinação) a ser atingido com os objetos adquiridos, registrada na recomendação como o “compromisso de utilizar os equipamentos adquiridos **exclusivamente** no SUS”.

Dessa forma, em que pese a utilização da designação “**exclusivamente**”, eis que é sabido que existe disposição expressa na Lei 12.101/2009, em seu artigo 4º^[2], consignando a produção de entidades privadas, prestadoras de serviços do Sistema Único de Saúde-SUS e detentoras de certificação das entidades beneficentes de assistência social, em 60% (sessenta por cento) – **percentual este respeitado em pactuações conveniais e do qual esta Pasta Ministerial não pode se furtar enquanto perdurar tal obrigação legal** – este FNS promoveu a inserção nas minutas de convênios de disposições expressas relativas à possibilidade de rescisão, em face de, entre outras situações, o não cumprimento do Plano de Trabalho onde são consignadas questões de destinação de objetos conveniais, e ainda, relacionadas à doação de bens, entre eles aqueles oriundos de rescisões da pactuação, e reversão patrimonial unilateral em caso de verificação, em controle periódico da destinação de bem doado, do não atendimento da destinação a que ele se obriga.

Assim, pugna-se que a recomendação seja excluída do Relatório, ou mesmo venha a ser reconhecido seu pleno atendimento, face à inviabilidade jurídica de se perquirir a exclusividade de atendimento do público SUS pelos agentes privados prestadores de

serviços do SUS beneficiados pelo CEBAS e que detenham bens consignados em pactuações convenientes, e ainda, diante da adoção de providência por parte deste FNS quanto ao ajuste das minutas de convênios para a inserção de dispositivos preocupados com a destinação de bens adquiridos nesses pactos.”

Análise do Controle Interno

A Diretoria-Executiva do FNS alega a inviabilidade jurídica para se requerer a exclusividade de atendimento dos pacientes do SUS a partir de equipamento adquirido por estabelecimentos privados prestadores de serviços ao SUS e que sejam beneficiados pela Lei nº 12.101/2009.

Entendemos que o percentual de oferta mínima ao SUS de 60% tratado do art. 4º, §2º, inciso II, não impossibilita a destinação de uso de determinado equipamento exclusivamente para os pacientes do SUS, podendo tal equipamento ser utilizado para atendimento de outros pacientes diante da inexistência de demanda para o SUS.

A Portaria nº 834, de 26/04/2016, que redefine procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área da Saúde, estabelece em seu art. 14, §1º, II, que os atendimentos ambulatoriais realizados pelas entidades de saúde serão apurados conforme a produção medida por quantidade de atendimentos/procedimentos. Dessa forma, como a quantidade a que se refere a mencionada Portaria é abrangente, isto é, aborda todos os atendimentos/procedimentos realizados pela entidade beneficente, não há óbice para que se estabeleça a obrigatoriedade de utilização de um equipamento, por exemplo o acelerador linear, exclusivamente para atendimento ao SUS. Nesse caso, a Unidade de Saúde beneficente poderia atingir os 60% de atendimentos/procedimentos exigidos pela Lei nº 12.101/2009 em áreas atendimentos/procedimentos distintos dos da radioterapia por acelerador linear.

Pelas razões expostas, entendemos não haver óbices para a realização dos ajustes das cláusulas convenientes, conforme sugerido na respectiva recomendação, de forma a se utilizar os equipamentos adquiridos com recursos federais exclusivamente para atendimento dos pacientes do SUS, principalmente em relação aos aceleradores lineares, salvo quando restar comprovada a inexistência de demanda por parte de tais usuários.

Recomendações:

Recomendação 1: Ajustar as cláusulas dos convênios a serem celebrados de modo que o conveniente assumo o compromisso de utilizar os equipamentos adquiridos exclusivamente no SUS, principalmente no que se refere aos aceleradores lineares, e de acordo com os parâmetros de produção ambulatorial estabelecidos pelo Ministério da Saúde, salvo nos casos de comprovada inexistência de demanda para usuários do SUS.

Recomendação 2: Instituir mecanismos para que a produção ambulatorial informada no SIA/SUS indique qual equipamento de radioterapia registrado no CNES foi utilizado no procedimento.

Recomendação 3: Apresentar, no CNES, informação acerca da origem do recurso federal que financiou a aquisição do equipamento (convênio, fundo a fundo, TED, Plano de Expansão da Radioterapia).

Recomendação 4: Avaliar a produção ambulatorial de radioterapia dos estabelecimentos beneficiados com recursos federais para aquisição de aceleradores lineares e adotar as providências cabíveis nos casos de produção abaixo dos parâmetros mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

1.1.1.7 CONSTATAÇÃO

Incompatibilidade entre os tipos de aceleradores lineares existentes no estabelecimento de saúde, conforme dados do CNES, e os procedimentos realizados e informados no SIA/SUS.

Fato

A produção registrada no Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS consiste na principal fonte de informações utilizada pelo Ministério da Saúde para avaliar se os equipamentos adquiridos estão em funcionamento. Paralelamente, todos os equipamentos existentes no estabelecimento de saúde devem estar registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Ao avaliar as informações relacionadas aos estabelecimentos beneficiados por convênios na área de oncologia, foram identificadas situações de incompatibilidade entre as informações do CNES e do SIA/SUS.

Segundo consta do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM/FNS), os aceleradores lineares financiáveis pelo Ministério da Saúde possuem as seguintes configurações:

- i) acelerador linear só de fótons (monoenergético 6MV);
- ii) acelerador linear de fótons e elétrons (dual 10MV); e
- iii) acelerador linear de fótons e elétrons (dual 15MV).

Por outro lado, as instituições podem ter adquirido, com recursos próprios, equipamentos de maior energia (> 6MV) e que operam apenas com a emissão de fótons.

Considerando os registros existentes no CNES em 28/07/2017, as especificações previstas no SIGEM e a produção registrada no SIA/SUS a partir do segundo semestre/2008 até junho/2017, verificou-se a existência de disparidades entre as características dos equipamentos existentes (fótons ou fótons/elétrons) e os seguintes procedimentos SIA/SUS realizados: 0304010286 - Radioterapia com acelerador linear só de fótons; e 0304010294 - Radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons. Como alguns dos convênios ainda não foram totalmente executados, alguns casos podem se referir a aceleradores lineares registrados no CNES, mas que não foram adquiridos com recursos do Ministério da Saúde.

As inconsistências constatadas referem-se, por exemplo, à existência de produção nos dois procedimentos 0304010286 (só fótons) e 0304010294 (fótons e elétrons) em determinado estabelecimento, embora a referida instituição disponha de apenas um tipo de acelerador linear (só de fótons OU só de fótons+elétrons), conforme demonstrado nos gráficos do item “i”.

Verificou-se, também, a existência de produção no SIA/SUS em um dos dois procedimentos mencionados e a existência de acelerador linear apenas de tipo distinto daquele para o qual foi informada a produção (item “ii”). Constatou-se, ainda, a existência de produção sem que exista qualquer acelerador linear registrado no CNES (item “iii”).

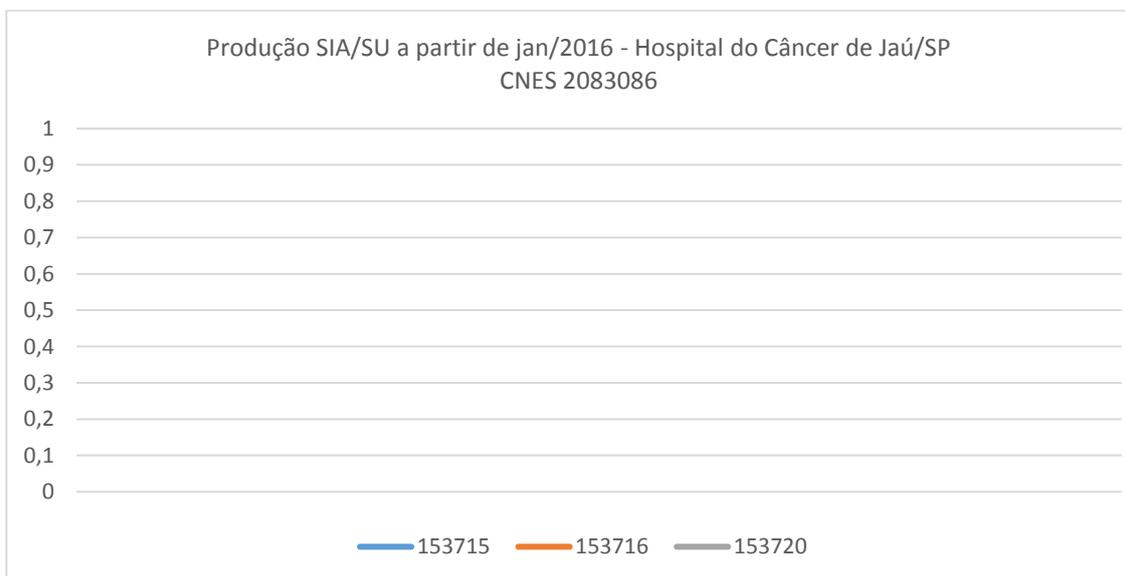
Deve ser ressaltado que os dados registrados no CNES são, segundo entendimento recorrente exarado nos pareceres de mérito para análise das propostas, o principal fundamento balizador para a análise e aprovação do pleito pelo Ministério da Saúde. Segundo a Pasta, as informações relacionadas à infraestrutura das Unidades de Saúde são mantidas atualizadas no CNES por tais estabelecimentos.

No contexto ora apresentado, listam-se, adiante, os casos detectados que apresentam inconsistências entre o CNES e a produção informada no SIA/SUS:

i) Existência de produção SIA/SUS nos dois procedimentos (fótons E fótons+elétrons), porém a instituição possui apenas um tipo de acelerador linear registrado no CNES (só fótons OU só fótons+elétrons).

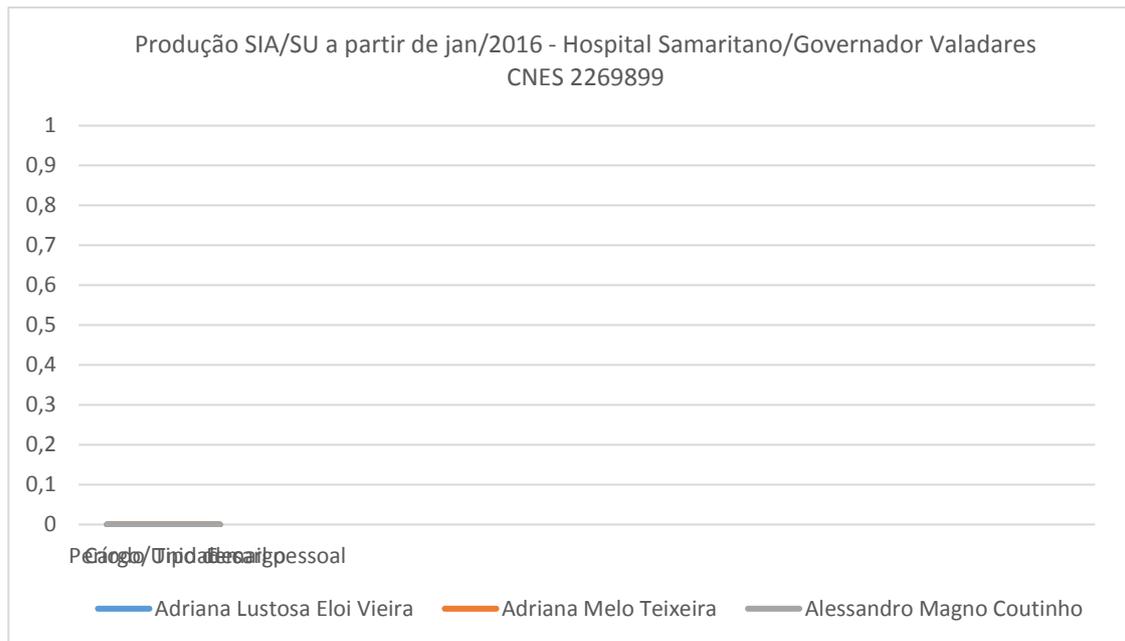
Equipamentos registrados no CNES

2 Aceleradores Lineares de 6MV (só de fótons)



Equipamentos registrados no CNES

2 Aceleradores Lineares de 6MV (só de fótons)

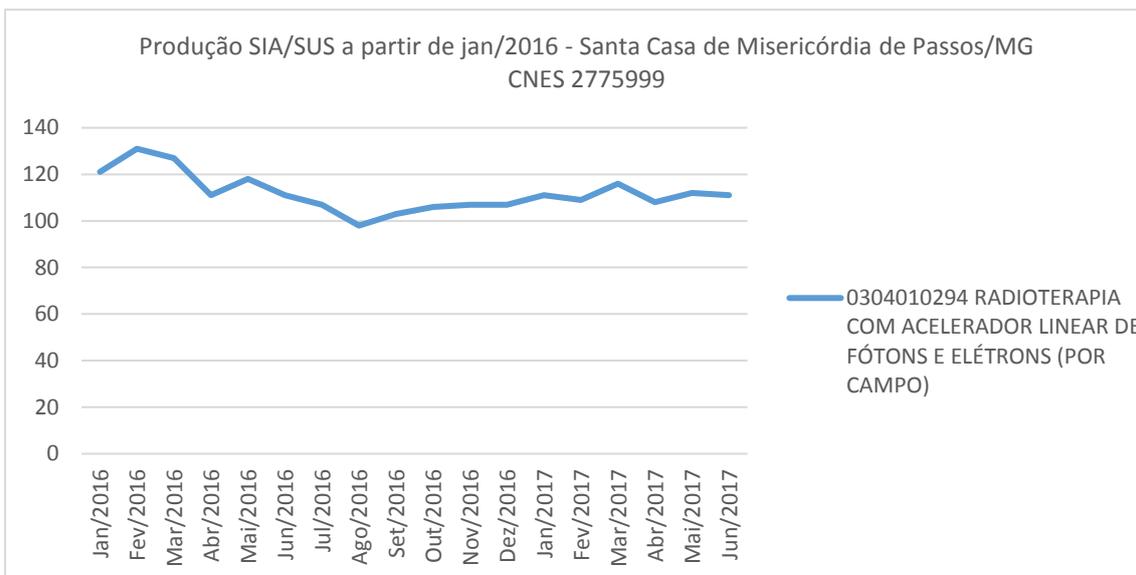


Outras instituições onde foram identificadas as mesmas inconsistências: Santa Casa de Misericórdia de Passos (CNES 2775999 – Passos/MG), Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (CNES 2077590 – São Paulo/SP), Hospital Ophir Loyola (CNES 2334321 – Belém/PA) e Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa (CNES 2686953 – Ponta Grossa/PR).

ii) Existência de produção SIA/SUS em apenas um tipo de procedimento (fótons OU fótons+elétrons), porém a instituição possui apenas acelerador(es) linear(es) de tipo distinto do utilizado no procedimento.

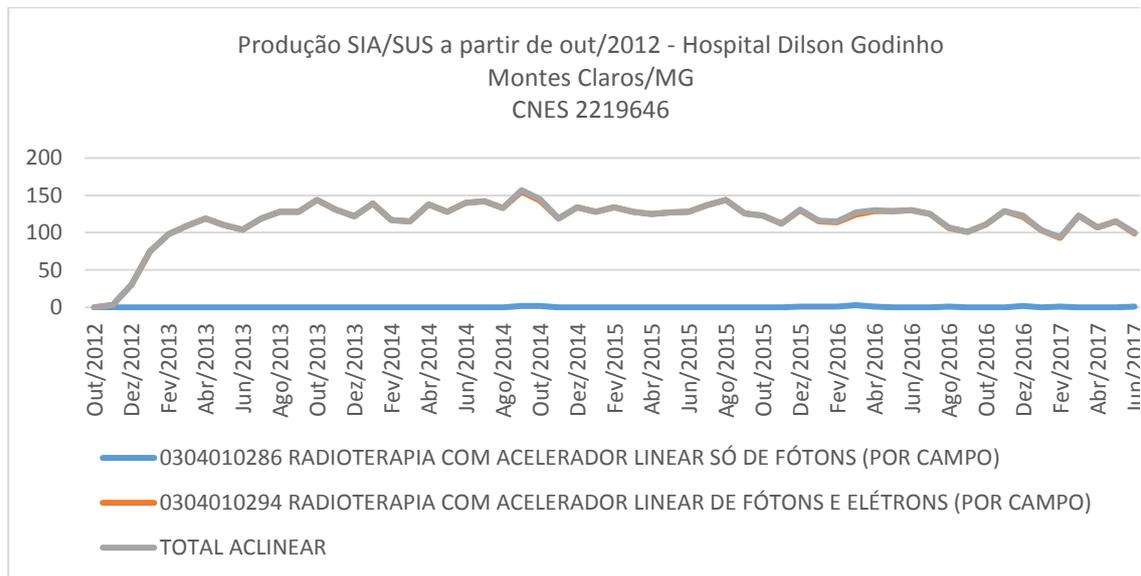
Equipamentos registrados no CNES

1 Acelerador Linear maior que 6MV (**só de fótons**)



Outra instituição onde foi identificada a mesma inconsistência: Hospital Bom Samaritano (CNES 2118661 – Governador Valadares/MG).

iii) Existência de produção SIA/SUS, porém a instituição não possui acelerador linear registrado no CNES.



Os casos ora mencionados evidenciam a inexistência de críticas no SIA/SUS que impeçam o faturamento de procedimentos incompatíveis com a estrutura física existente nas Unidades de Saúde. Embora tenham sido avaliadas apenas as instituições que possuam algum instrumento de transferência de recursos que envolva a área de oncologia (convênios, contratos de repasse e fundo a fundo), é possível inferir que tal deficiência seja extensiva a outros contextos em que haja relação entre determinado equipamento e o procedimento faturado no SIA/SUS.

A possibilidade de registro de informações incompatíveis no SIA/SUS e no CNES indica que o Ministério da Saúde não adota as medidas necessárias frente ao risco de fraudes no faturamento, o que pode acarretar prejuízos financeiros à União decorrentes de pagamentos a prestadores do SUS por procedimentos que não foram realizados.

As discrepâncias verificadas - e outras possivelmente existentes - a partir do cotejamento das bases de dados de produção do SIA/SUS e CNES poderiam ser detectadas e analisadas pelo Ministério da Saúde caso o órgão fizesse uso de algum sistema de mineração de dados, a exemplo do InfoSAS³, sistema desenvolvido a pedido do SAS, porém, salvo melhor juízo, ainda não implantado no âmbito do Ministério da Saúde. Segundo artigo publicado na Revista do TCU nº 137 – setembro/dezembro-2016, a utilização do InfoSAS na priorização de auditorias poderia redundar em economia de aproximadamente R\$ 400 milhões/ano.

InfoSAS: Sistema de detecção de anomalias estatísticas nos registros de produção do SUS, desenvolvido pelo Grupo São Tomé, cujos projetos são orientados por professores da Universidade Federal de Minas Gerais, e incluem bolsistas de graduação, mestrado e doutorado, sanitaristas das Secretarias de Saúde de Belo Horizonte e do Estado de Minas Gerais. A criação do sistema foi solicitada e financiada pelo Ministério da Saúde.

Fonte: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/21/Treinamento-InfoSAS-MS---Oficinas-Regionais.pdf> e <http://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/viewFile/1378/1524>.

Causa

- Inexistência de críticas nos sistemas informatizados capazes de impedir a inserção de produção (SIA/SUS) incompatível com a estrutura existente no estabelecimento (CNES);
- Inexistência de ferramentas destinadas à identificação de inconsistências nas informações inseridas nos sistemas oficiais do SUS.

Manifestação da Unidade Examinada

A Unidade Examinada não se manifestou.

Análise do Controle Interno

Não se aplica.

Recomendações:

Recomendação 1: Estabelecer critérios para validação da produção de radioterapia inserida no SIA/SUS de acordo com informações relativas aos equipamentos registrados no CNES do referido estabelecimento.

³ InfoSAS: Sistema de detecção de anomalias estatísticas nos registros de produção do SUS, desenvolvido pelo Grupo São Tomé, cujos projetos são orientados por professores da Universidade Federal de Minas Gerais, e incluem bolsistas de graduação, mestrado e doutorado, sanitaristas das Secretarias de Saúde de Belo Horizonte e do Estado de Minas Gerais. A criação do sistema foi solicitada e financiada pelo Ministério da Saúde.

Fonte: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/21/Treinamento-InfoSAS-MS---Oficinas-Regionais.pdf> e <http://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/viewFile/1378/1524>.

Recomendação 2: Apurar as causas das divergências identificadas entre a produção informada no SIA/SUS e a especificação dos equipamentos registrados no CNES e adotar as medidas cabíveis para os casos de inconsistência na produção aprovada.

Recomendação 3: Instituir ferramenta automatizada voltada à identificação de inconsistências na produção ambulatorial e hospitalar relativa à radioterapia apresentada pelos estabelecimentos de saúde, estendendo o uso da ferramenta para os demais procedimentos custeados com recursos federais.

IV – RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 201801207



CGU

Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Secretaria de Atenção à Saúde

Exercício 2017

09 de julho de 2018

Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União - CGU
Secretaria Federal de Controle Interno

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Órgão: **MINISTERIO DA SAUDE**

Unidade Examinada: **Secretaria de Atenção à Saúde**

Município/UF: **Brasília/Distrito Federal**

Ordem de Serviço: **201801207**

Missão

Promover o aperfeiçoamento e a transparência da Gestão Pública, a prevenção e o combate à corrupção, com participação social, por meio da avaliação e controle das políticas públicas e da qualidade do gasto.

Relatório de Avaliação dos Resultados da Gestão

Consiste na avaliação da gestão de órgãos e entidades da Administração Pública do Poder Executivo Federal por meio de um macroprocesso diretamente relacionado ao cumprimento da missão institucional da unidade avaliada.

QUAL FOI O TRABALHO REALIZADO PELA CGU?

Por meio desse relatório, apresentam-se os resultados da auditoria realizada sobre os critérios adotados pelo Ministério da Saúde na alocação dos recursos federais destinados ao custeio da assistência oncológica no SUS.

O objetivo foi de avaliar a existência de critérios claros e objetivos para o rateio dos recursos federais

POR QUE A CGU REALIZOU ESSE TRABALHO?

Esse trabalho integra uma estratégia de avaliação sistemática da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer no SUS, na qual a CGU avalia diversos aspectos relacionados à atuação do Ministério da Saúde nessa política.

Estima-se que o Ministério da Saúde transfere cerca de R\$ 2,9 bilhões por ano para Estados e Municípios relacionados ao tratamento contra o câncer, e que esse montante está em uma tendência de crescimento para os próximos anos.

Entretanto, percebe-se que não existem regras claras e suficientes sobre quais localidades devem receber tais recursos, incorrendo no risco de transferência indevida de recursos federais na área de oncologia.

relacionados à oncologia, bem como se esses critérios são observados pelo Ministério da Saúde ao definir a distribuição de recursos a Estados e Municípios.

QUAIS AS CONCLUSÕES ALCANÇADAS PELA CGU? QUAIS AS RECOMENDAÇÕES QUE DEVERÃO SER ADOTADAS?

Os exames realizados pela CGU indicam que não foram instituídos critérios de rateio para todas as situações que ensejam transferências de recursos federais para Estados e Municípios relacionadas à assistência oncológica.

Nesse contexto, foram identificadas localidades que receberam aumentos nos montantes federais repassados sem que houvesse variação compatível na quantidade de procedimentos oncológicos realizados pelo SUS. Foram identificados, ainda, casos de transferências federais sem motivação técnica e situações onde foram adotados critérios que não estão formalmente instituídos.

Visando corrigir essas falhas e aprimorar o processo de financiamento federal da assistência oncológica no SUS, foram emitidas recomendações para que o Ministério da Saúde ajuste a lógica de financiamento, passando a considerar as características populacionais e epidemiológicas de cada região e a cobertura da assistência oncológica no SUS.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMS – Autarquia Municipal de Saúde
APAC – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CACON – Centro de Assistência Especializada em Oncologia
CGAE – Coordenação-Geral de Atenção Especializada
CGAPDC – Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas
CGU – Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União
CIB – Comissões Intergestores Bipartite
CID – Código Internacional de Doenças
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAET – Departamento de Atenção Especializada e Temática
FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GM – Gabinete do Ministro/MS
HCL – Hospital do Câncer de Londrina
MAC – Média e Alta Complexidade
MS – Ministério da Saúde
OPM – Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PAB Fixo – Piso de Atenção Básica Fixo
PPI – Programação Pactuada e Integrada
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SCM/BH – Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SISMAC – Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade
SJRJ – São José do Rio Preto
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UNACON – Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
RESULTADOS DOS EXAMES	8
1. Incompatibilidade entre as transferências de recursos federais relacionados à oncologia e as variações na oferta de tratamentos contra o câncer pelo SUS	8
2. Inexistência de critérios claros e objetivos para rateio dos recursos federais destinados à oncologia	14
3. Síntese sobre os critérios de rateio dos recursos federais em oncologia adotados pelo Ministério da Saúde	32
RECOMENDAÇÕES	37
CONCLUSÃO	38

INTRODUÇÃO

Trata-se de ação de controle voltada a avaliar a atuação da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) no processo de financiamento das ações e dos serviços relacionados à Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer no SUS, sobretudo quanto à alocação dos recursos federais relacionados à oncologia e transferidos a Estados e Municípios, que oneram a ação orçamentária nº 8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. O escopo desse trabalho é avaliar a existência de critérios de rateio dos recursos federais relacionados à oncologia e sua observância pelo Ministério da Saúde, conforme previsto no art. 35 da Lei nº 8.080/1990 e no art. 17 da Lei Complementar nº 141/2012.

Trata-se de uma etapa da estratégia de avaliação, por parte da CGU, da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer no SUS. Essa ação de controle específica tem o propósito de responder à seguinte questão de auditoria: **Os valores transferidos pelo Ministério da Saúde por meio do Teto MAC são compatíveis com o quantitativo de procedimentos oncológicos realizados?**

Essa verificação se justifica pelo fato de o Ministério da Saúde transfere cerca de R\$ 2,9 bilhões por ano para Estados e Municípios tendo como justificativa a oferta de ações e de serviços relacionados ao tratamento contra o câncer. Além disso, esse montante aumenta a cada ano e há a expectativa de que se mantenha crescente no longo prazo, tendo em vista a necessidade de expansão da oferta de tratamentos oncológicos no SUS. Apesar disso, percebe-se que a distribuição dos recursos federais é permeada por fatores subjetivos que podem comprometer a efetividade das políticas de saúde ou promover alocação ineficiente dos recursos.

Nesse contexto, essa auditoria utilizou dados relativos às variações no Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (Teto MAC) e às produções ambulatoriais e hospitalares referentes à oncologia. A partir do cotejamento dessas duas fontes de dados, foi possível avaliar a correlação entre essas duas variáveis, bem como identificar quais são as justificativas adotadas pelo Ministério da Saúde para aumentar os valores transferidos para os entes federativos referentes à oncologia.

A primeira parte do relatório consiste em uma análise da correlação entre essas duas variáveis, de modo a identificar se os valores transferidos pelo Ministério da Saúde são compatíveis com a produção ambulatorial e hospitalar. Em seguida, são analisados, de forma detalhada, os casos onde os aumentos das transferências federais são significativamente superiores às variações na produção no período analisado. Por fim, são descritas as impropriedades e as fragilidades identificadas quanto aos diferentes critérios de rateios dos recursos federais adotados pelo Ministério da Saúde na área de oncologia

RESULTADOS DOS EXAMES

1. Incompatibilidade entre as transferências de recursos federais relacionados à oncologia e as variações na oferta de tratamentos contra o câncer pelo SUS

As variações dos montantes transferidos pelo Ministério da Saúde relacionados ao custeio da assistência oncológica no SUS ocorridas nos últimos anos não guardam correlação com as variações na oferta de procedimentos de tratamento contra o câncer no mesmo período em diversas localidades. Essa situação revela que o aumento da quantidade de tratamentos ofertados não é suficiente para ensejar o aumento no montante transferido pelo Ministério da Saúde. Revela também que a baixa produtividade não enseja a diminuição dos recursos federais transferidos.

Convém destacar que a sistemática de financiamento das ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS, sobretudo no que diz respeito à Média e Alta Complexidade, não permite aferir de forma objetiva o montante de recursos federais destinados à oncologia. Uma estimativa baseada nos registros contidos nos sistemas SIA e SIH indica que os procedimentos de quimioterapia, de radioterapia e de cirurgias oncológicas realizados no SUS superaram a marca de R\$ 2,9 bilhões em 2017, o que corresponde a cerca de 7% da dotação orçamentária disponível para a União para ações de Média e Alta Complexidade no mesmo ano. Em regra, esses recursos financeiros são transferidos pelo Ministério da Saúde para Estados e Municípios, cabendo a esses entes ofertar as ações e serviços à população.

O art. 17 da Lei Complementar nº 141/2012 indica que os recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços do Sistema Único de Saúde serão rateados a Estados e Municípios com base em três tipos de critérios. São eles: (i) necessidades de saúde da população; (ii) dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial; (iii) capacidade de oferta de ações de serviços de saúde.

Além do dispositivo supracitado, o art. 35 da Lei nº 8.080/1990 também trata dos critérios de rateio dos recursos federais no SUS. Nesse caso, há a indicação de que a definição dos valores a serem transferidos depende de análise técnica dos programas e projetos específicos. Isso significa que pode haver a adoção de metodologias de cálculo específicas para cada política de saúde instituída (programas e projetos).

Nesse contexto, observa-se que há diversos critérios de rateio de recursos do SUS adotados pela União, que vão desde critérios objetivos, como é o caso dos valores per capita utilizado no Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), até critérios mais subjetivos,

tais como os aumentos dos valores transferidos decorrentes de decisões das Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

Dessa forma, as análises acerca dos valores transferidos pela União no âmbito do SUS devem considerar as especificidades de cada política. No caso da oncologia, os recursos são transferidos por meio do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (Teto MAC), que consiste em montantes transferidos regularmente para o custeio de ações de assistência à saúde que não são classificadas como atenção básica. Esses montantes são calculados com base principalmente na capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde dos entes e consistem no somatório de diversas especialidades, tais como oncologia, oftalmologia, neurologia etc.

Não é possível identificar, dentro do montante do Teto MAC, o quanto exatamente se refere à oncologia, sobretudo porque foram adotadas diferentes metodologias ao longo dos anos. Entretanto, é possível identificar aumentos recentes nos Tetos decorrentes principalmente de expansões da oferta de tratamentos em oncologia. A lógica adotada é de que o Estado ou Município terá aumentos no seu Teto MAC à medida que comprova aumentos na capacidade de ofertar tratamentos oncológicos, seja pela habilitação de novos hospitais, instalação de equipamentos ou até pela realização de procedimentos em quantitativo acima do parâmetro esperado.

Via de regra, os aumentos do Teto MAC são precedidos de solicitações dos gestores dos estados ou municípios. Caso o Ministério da Saúde chancelo o pleito de aumento do Teto MAC decorrente do aumento da capacidade de oferta de tratamentos oncológicos, é publicada uma portaria pelo Ministro da Saúde indicando o valor a ser acrescido, o ente beneficiado e o motivo para o acréscimo. A partir disso o Ministério da Saúde passa a transferir recursos de forma regular e automática a Estados e Municípios acrescidos de tal valor.

Com o objetivo de avaliar se os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde aos Estados e Municípios obedecem a critérios claramente definidos e se esses são compatíveis com o quantitativo de procedimentos oncológicos realizados, foram realizadas análises das alterações realizadas no Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade entre 2015 e 2017, conforme dados do Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC), em comparação aos procedimentos oncológicos registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e Hospitalares (SIH/SUS) no mesmo período.

Esses sistemas de informações são oficialmente utilizados para registrar todos os atendimentos ambulatoriais e hospitalares realizados no SUS. Esses atendimentos são registrados como procedimentos, conforme descritos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Tabela SUS). Os tratamentos oncológicos são

classificados no Grupo 03, Sub-Grupo 04 (radioterapia e quimioterapia) e no Grupo 04, Sub-Grupo 16 (cirurgias em oncologia).

Pelo cotejamento dos dados relativos aos aumentos de Tetos MAC e de produção ambulatorial e hospitalar relacionada à oncologia em todo o país no período de 2015 a 2017, verificou-se que há compatibilidade entre essas duas variáveis quando se analisa os dados agregados. A produção oncológica no Brasil no ano de 2015 (ambulatorial e hospitalar) foi de R\$ 2,422 bilhões e chegou a 2,620 bilhões em 2017, um aumento na ordem de R\$ 198 milhões no período. Já a variação total dos Teto MAC de oncologia no mesmo período foi de R\$ 196,5 milhões. Isso significa que o aumento líquido dos Teto MAC entre 2016 e 2017 representa 99,23% da variação na oferta de procedimentos oncológicos no mesmo período.

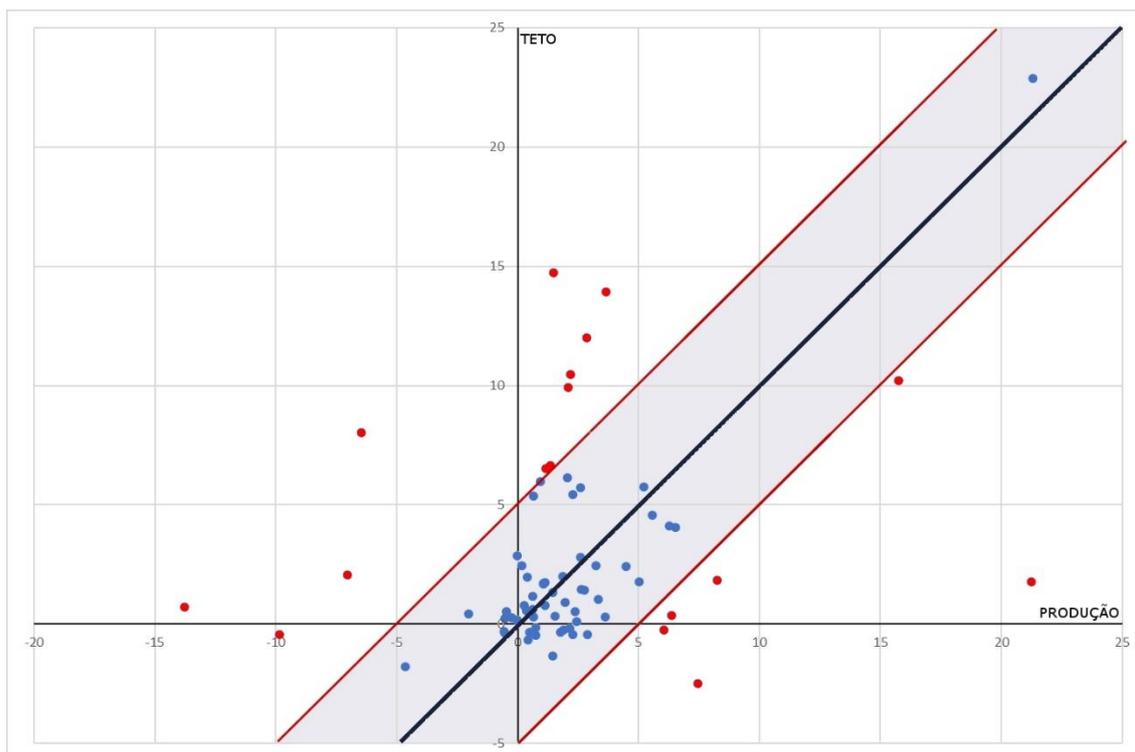
Entretanto, quando se analisa cada um dos 147 entes federativos que apresentam produção oncológica e/ou variações no Teto MAC decorrentes da oncologia, percebe-se que há baixa correlação entre essas duas variáveis. Nesse caso, o coeficiente de correlação é de 0,403, em uma escala que vai de -1 a 1 (quanto mais próximo de 1, maior a correlação).

Em 49 casos (estados ou municípios), foram observados aumentos na produção oncológica e não houve variação nos respectivos Teto MAC decorrentes da oncologia entre 2016 e 2017. Em 9 desses casos, o aumento da produção oncológica no período foi superior a R\$ 2 milhões. São eles: Pará (gestão estadual), Natal/RN, João Pessoa/PB, Arapiraca/AL, Sergipe (gestão estadual), Salvador/BA, Patos de Minas/MG, Varginha/MG e Joinville/SC.

Por outro lado, em 13 casos houve diminuição da produção oncológica e não houve variação (diminuição) no Teto MAC. Os principais casos são: Rio Grande do Norte (gestão estadual), Rio Bonito/RJ, Sorocaba/SP e Dourados/MS. Nesses casos a diminuição da produção foi superior a R\$ 1 milhão.

Foram identificadas variações no Teto MAC de oncologia a 84 entes federativos, sendo 68 casos de aumentos (total de 206 milhões) e 16 casos de diminuição (total de R\$ 10 milhões). O gráfico de dispersão a seguir indica a correlação entre essas duas variáveis (Produção x Teto MAC) para os casos em que houve variação do Teto igual ou superior a R\$ 100 mil no período entre 2016 e 2017 (aumentos ou diminuições).

Imagem 01: Gráfico de dispersão dos casos de variações no Teto MAC decorrente da oncologia e a respectiva variação na produção oncológica



Fonte: Elaboração própria, com base em informações do Sistema de Informações Ambulatoriais, do Sistema de Informações Hospitalares e do Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade.

No gráfico acima, a situação ideal seria que os pontos estivessem próximos à linha transversal escura, que representa os pontos onde a variação da produção é igual à variação do Teto MAC. As linhas vermelhas representam os limites em que a diferença entre essas duas variáveis é igual ou inferior a R\$ 5 milhões. Os pontos de fora desse limite representam situações em que a diferença entre essas duas variáveis é significativa (superior a R\$ 5 milhões).

Os pontos abaixo da linha vermelha representam aquelas situações em que o aumento da produção foi significativamente superior ao aumento no Teto MAC. São eles:

Quadro 01: Comparativo entre as variações na produção oncológica e nos Tetos MAC de dez/2015 a dez/2017 – casos “abaixo da linha”

ENTE FEDERATIVO	VARIAÇÃO DA PRODUÇÃO	VARIAÇÃO DO TETO MAC
Fortaleza	R\$ 8.251.930,81	R\$ 1.841.233,81
Pernambuco - Gestão estadual	R\$ 7.467.281,75	-R\$ 2.499.331,58
Bahia - Gestão estadual	R\$ 21.240.767,62	R\$ 1.768.365,57
Minas Gerais - Gestão estadual	R\$ 15.742.499,39	R\$ 10.222.466,38
Curitiba	R\$ 6.355.282,48	R\$ 375.682,52
Maringá	R\$ 6.034.016,28	-R\$ 256.472,90

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do Sistema de Informações Ambulatoriais, do Sistema de Informações Hospitalares e do Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade.

Já as situações indicadas acima da linha vermelha consistem naquelas onde a variação do Teto MAC foi significativamente superior ao incremento da produção oncológica no período. São eles:

Quadro 02: Comparativo entre as variações na produção oncológica e nos Tetos MAC de 2015 a 2017 – casos “acima da linha”

ENTE FEDERATIVO	VARIAÇÃO DA PRODUÇÃO	VARIAÇÃO DO TETO MAC
Parnaíba	R\$ 1.151.788,41	R\$ 6.507.215,19
Teresina	R\$ 2.854.432,38	R\$ 12.000.000,00
Barbalha	R\$ 2.178.679,99	R\$ 10.472.670,00
Aracaju	-R\$ 9.863.317,33	-R\$ 426.200,46
Feira de Santana	R\$ 3.652.676,08	R\$ 13.917.956,45
Vitória da Conquista	-R\$ 6.470.654,42	R\$ 8.039.336,32
Alfenas	R\$ 2.102.688,32	R\$ 9.933.119,68
Belo Horizonte	-R\$ 7.052.669,34	R\$ 2.065.131,48
Montes Claros	-R\$ 13.768.942,78	R\$ 716.107,00
São Paulo - Gestão estadual	R\$ 1.468.578,64	R\$ 14.721.418,47
Londrina	R\$ 1.368.355,33	R\$ 6.640.419,00

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do Sistema de Informações Ambulatoriais, do Sistema de Informações Hospitalares e do Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade.

As análises acima demonstram que em 2016 e 2017 o Ministério da Saúde aumentou os gastos com oncologia (transferências a Estados em Municípios) em valor compatível com o aumento total da produção de procedimentos oncológicos no período. Entretanto, ao analisar de forma individualizada, percebe-se que há situações de incompatibilidade entre os valores transferidos pelo Ministério da Saúde e a oferta de tratamentos oncológicos nas localidades.

Em resumo, foram identificadas as seguintes situações que denotam impropriedades:

a) Aumento da produção oncológica e ausência de variação do Teto MAC relacionado à oncologia - exemplos: Pará (gestão estadual), Natal/RN, João Pessoa/PB, Arapiraca/AL, Sergipe (gestão estadual), Salvador/BA, Patos de Minas/MG, Varginha/MG e Joinville/SC)

b) Diminuição da produção oncológica e ausência de variação do Teto MAC relacionado à oncologia - exemplos: Rio Grande do Norte (gestão estadual), Rio Bonito/RJ, Sorocaba/SP e Dourados/MS

c) Variação do Teto MAC relacionado à oncologia em volume muito inferior à variação da produção oncológica – exemplos: Fortaleza/CE, Pernambuco (gestão estadual), Bahia (gestão estadual), Minas Gerais (gestão estadual), Curitiba/PR e Maringá/PR.

c) Variação do Teto MAC relacionado à oncologia em volume muito superior à variação da produção oncológica – exemplos: Parnaíba/PI, Teresina/PI, Barbalha/CE, Aracaju/SE, Feira de Santana/BA, Vitória da Conquista/BA, Alfenas/MG, Belo Horizonte/MG, Montes Claros/MG, São Paulo (gestão estadual) e Londrina/PR.

2. Inexistência de critérios claros e objetivos para rateio dos recursos federais destinados à oncologia

Com o objetivo de identificar os critérios adotados pelo Ministério da Saúde para o rateio dos recursos federais relacionados à oncologia, foram analisados, de forma detalhada, os casos em que os aumentos das transferências federais foram significativamente superiores à variação da produção oncológica, conforme Quadro 02 desse relatório.

Verificou-se que foram adotados diferentes critérios de rateio, sendo que grande parte não estão previstos em normativos. Verificou-se, ainda, grande ingerência dos gestores locais do SUS nesse processo, além de situações onde não foram identificadas motivações técnicas para as transferências federais

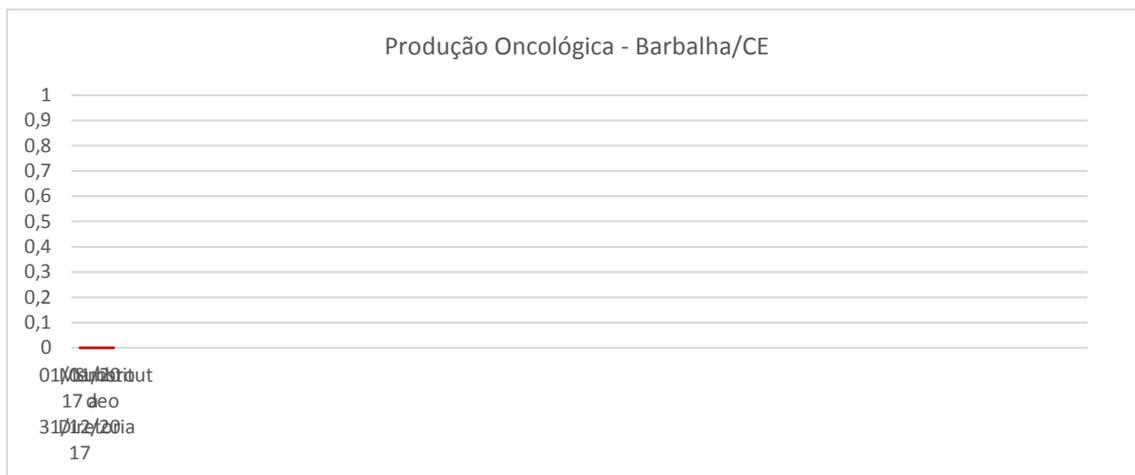
Seguem análises acerca das localidades que apresentaram variação na produção oncológica inferior à variação no Teto MAC e que receberam aumentos dos recursos federais repassados em 2017, são elas: Barbalha/CE, Feira de Santana/BA, Belo Horizonte/MG, São Paulo (gestão estadual) e Londrina/PR (não foram analisados os municípios de Parnaíba/PI, Teresina/PI, Aracaju/SE, Vitória da Conquista/BA, Alfenas/MG e Montes Claros/MG)

- **Município de Barbalha/CE**

O município de Barbalha/CE contém um único estabelecimento habilitado para o tratamento oncológico (Hospital Maternidade São Vicente de Paulo CNES 2564211). O referido hospital possui habilitação de UNACON com Serviço de Radioterapia (código 17.07) desde setembro de 2007, além das habilitações de UNACON (código 17.06) e UNACON com hematologia (código 17.08).

Nesse sentido, o Hospital Maternidade São Vicente de Paulo de Barbalha/CE deve ofertar tratamentos contra o câncer no nível ambulatorial (quimioterapia e radioterapia) e no nível hospitalar (cirurgias oncológicas). O gráfico a seguir indica os valores aprovados para o referido hospital para esses procedimentos (subgrupos 04.16 e 03.04 da Tabela SUS) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017.

Imagem 02: Gráfico da série histórica da produção ambulatorial e hospitalar relacionada ao tratamento oncológico em Barbalha/CE (2013 a 2017).



Fonte: Elaboração própria, com base em dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA) e Hospitalares (SIH)

O gráfico acima indica que a produção oncológica mensal no período analisado variou de R\$ 611.798,21 (fevereiro de 2015) a R\$ 1.048.979,03 (abril de 2014), mantendo uma média de R\$ 771.415,55. Ao considerar as médias anuais, percebe-se que a produção em 2017 (R\$ 876.599,15 mensais) foi cerca de 15% superior produção de 2013 (R\$ 748.173,58 mensais).

Portanto, apesar da tendência natural de aumento na produção, não se observa variações significativas capazes de indicar que houve expansão da capacidade de oferta de tratamentos oncológicos ao SUS.

Apesar disso, o Ministério da Saúde aumentou o Teto MAC do município de Barbalha em R\$ 10.472.670,00 “para o custeio dos serviços de oncologia” no Hospital Maternidade São Vicente de Paulo. Na Portaria GM/MS nº 919/2017, que estabelece tal aumento, o Ministério da Saúde indica que esse aporte tem como base a Resolução CIB/CE nº 16-A/2017.

A referida Resolução indica que o aporte de recursos federais se justifica, dentre outros motivos, pela existência de “produção excedente no Hospital São Vicente de Paulo (...) referente aos anos de 2011 a 2016”. Depreende-se, pela leitura da Resolução, que essa “produção excedente” acumulada durante seis anos alcançou o montante de R\$ 10.276.650,85 para o caso do Hospital São Vicente de Paulo. Isso significa cerca de R\$ 1.700.000,00 de “produção excedente” por ano.

Além da situação do Hospital São Vicente de Paulo, a referida Resolução indica a existência de “produção excedente” em outros dois hospitais do município, o que justifica o pleito de aumento das transferências federais. Segue transcrição de trecho da Resolução CIB/CE nº 16-A/2017:

Art.1º. Aprovar a solicitação do município de Barbalha junto ao Ministério da Saúde de alocação de recursos federais para pagamento da produção excedente do Hospital São Vicente de Paulo-

CNES 2564211, do Hospital Santo Antonio- CNES 25644238 e do Hospital do Coração do Cariri- CNES 4010868 no montante de R\$ 14.846.192,75 (quatorze milhões, oitocentos e quarenta e seis mil, cento e noventa e dois reais e setenta e cinco centavos), referente aos anos de 2011 a 2016; e o aumento do Limite Financeiro do Bloco da Média e Alta Complexidade – Recursos Federais, no valor anual de R\$ 4.328.828,40 (quatro milhões, trezentos e vinte e oito mil, oitocentos e vinte e oito reais e quarenta centavos), a serem destinados ao custeio dos serviços de oncologia do Hospital São Vicente de Paulo- CNES 2564211 e de cardiologia do Hospital do Coração do Cariri- CNES 4010868. (Grifo nosso)

Os trechos grifados indicam que a resolução trata de dois pleitos distintos, sendo o primeiro referente à “alocação de recursos federais para o pagamento de produção excedente” e outro referente ao “aumento do Limite Financeiro do Bloco da Média e Alta Complexidade”. Sem adentrar no mérito desses pleitos, depreende-se que a primeira solicitação se refere a uma alocação pontual de recursos federais (no valor de R\$ 14.846.192,75) a serem utilizados para abater déficits acumulados ao longo de 6 anos, enquanto que a segunda solicitação se refere a transferências regulares e automáticas (no valor anual de R\$ 4.328.828,40) voltadas a atualizar os valores repassados mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde ao município de Barbalha/CE.

Entretanto, a Portaria GM/MS nº 919/2017, ao aumentar o Teto MAC do município em mais de R\$ 11 milhões não seguiu o valor indicado na Resolução da CIB/CE (cerca de R\$ 4,3 milhões). Não foi identificada fonte de informações públicas que indique o cálculo utilizado pelo Ministério da Saúde para o aumento do Teto MAC de Barbalha/CE

Cabe ressaltar que a produção oncológica média do Hospital São Vicente de Paulo no ano de 2017 foi de R\$ 876.599,15 mensais, ou seja, o aumento do Teto MAC decorrente da Portaria GM/MS nº 919/2017 (cerca de R\$ 872 mil mensais) corresponde praticamente à totalidade da oferta de tratamentos oncológicos ofertados pelo referido hospital.

Nesse sentido, para que o aumento do Teto MAC para o município de Barbalha guarde correlação com o aumento de produção oncológica, o Hospital São Vicente de Paulo deveria dobrar a produção média de 2017.

Sobre esse aspecto, foi solicitado ao Ministério da Saúde a apresentação da motivação para o aumento de Teto MAC decorrente da Portaria GM/MS nº 919/2017. Em resposta, foi apresentado o Despacho nº 273/2017 CGAE/DAET/SAS/MS, por meio do qual a área técnica da SAS/MS indica que o Hospital São Vicente de Paulo deve sua habilitação alterada de UNACON com Serviço de Radioterapia para UNACON com Serviço de Radioterapia e Hematologia. Destaca-se que tal alteração ocorreu cerca de 5 anos antes da publicação da Portaria GM/MS nº 919/2017. O documento indica, ainda, que o impacto financeiro foi calculado da seguinte forma:

Para estimativa da recomposição de teto financeiro do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo considerou-se o valor total de todos os procedimentos aprovados nos últimos 12 meses no

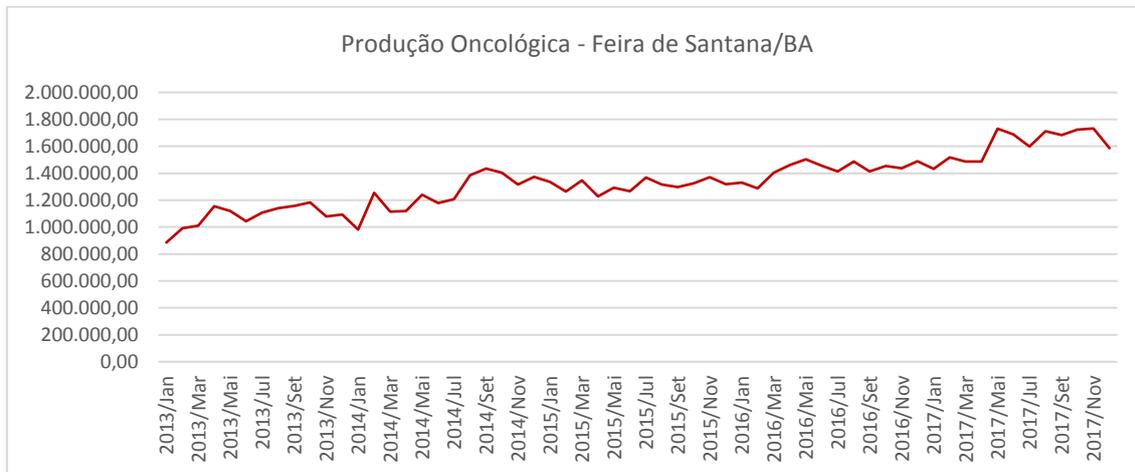
Hospital Maternidade São Vicente de Paulo. A partir da soma do aporte financeiro de cirurgia oncológica (R\$ 2.310.454,23), quimioterapia (R\$ 6.386.847,05) e radioterapia (R\$ 1.775.369,36), obteve-se o aporte financeiro total de R\$ 10.472.670,65 e aporte financeiro mensal de R\$ 872.722,55

O trecho acima indica que o impacto financeiro nesse caso foi calculado com base na produção oncológica total do referido hospital, que, ressalta-se, já era habilitado em oncologia há anos. Não foram identificados dispositivos legais que sustentam o aumento de Teto MAC com base na produção oncológica total de um estabelecimento habilitado.

- **Município de Feira de Santana/BA**

O município de Feira de Santana/BA possui um estabelecimento que oferta tratamentos contra o câncer pelo SUS. Trata-se do Hospital Dom Pedro de Alcântara/Santa Casa de Misericórdia (CNES 2601680). O gráfico a seguir indica a série histórica da produção ambulatorial (subgrupo 03.04) e hospitalar (subgrupo 04.16) no município de Feira de Santana/BA entre 2013 e 2017 (integralmente realizados pelo Hospital Dom Pedro de Alcântara).

Imagem 03: Gráfico da série histórica da produção ambulatorial e hospitalar relacionada ao tratamento oncológico em Feira de Santana/BA (2013 a 2017).



Fonte: Elaboração própria, com base em dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA) e Hospitalares (SIH)

Percebe-se que a produção média mensal no município saltou de R\$ 1.080.082,44 em 2013 para R\$ 1.614.726,14 em 2017. O maior crescimento anual no período foi observado de 2013 para 2014 (aumento de 14% no somatório dos valores aprovados).

O principal aumento no Teto MAC do município de Feira de Santana/BA referente à oncologia no período analisado foi decorrente da Portaria GM/MS nº 2.530/2016, que aumentou o referido Teto em R\$ 9.413.396,78. De acordo com a Portaria, o aumento

tem como base a “expansão da oferta de serviços de oncologia no Hospital Dom Pedro de Alcântara” e a “Resolução da Comissão Intergestores Bipartite nº 2015 - CIB, de 18 de novembro de 2014”.

Em análise à relação de resoluções da CIB/BA anteriores à Portaria GM/MS nº 2.530/2016 sobre o município de Feira de Santana/BA, deduz-se que se trata, na verdade, da Resolução CIB/BA nº 215/2014. De acordo com tal Resolução, o aumento do montante de recursos federais aportados se justifica pela existência de “déficit no teto financeiro de média e alta complexidade de oncologia” em cinco municípios do Estado da Bahia, incluindo Feira de Santana, além do alegado déficit no Teto Estadual.

O valor acrescido ao Teto MAC de Feira de Santana por meio de Portaria GM/MS nº 2.530/2016 (R\$ 9.413.396,78) corresponde a 55% da produção total de procedimentos de tratamento do câncer no ano de 2016 (R\$ 17.133.073,89).

Cerca de um mês após a publicação da Portaria GM/MS nº 2.530/2016, foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.399/2016, por meio da qual o Ministério da Saúde aumentou o Teto MAC do município de Feira de Santana em R\$ 2.708.120,00. A justificativa indicada nesse caso é a publicação da Portaria GM/MS nº 3.398/2016, que indica a relação de estabelecimentos habilitados em oncologia no Brasil. Destaca-se que na referida relação consta apenas o Hospital Dom Pedro de Alcântara no município de Feira de Santana, ou seja, não houve nenhuma alteração na rede de atenção oncológica na localidade. O aumento do Teto MAC, nesse caso, decorre da aferição da “produção cirúrgica de câncer em 2013”.

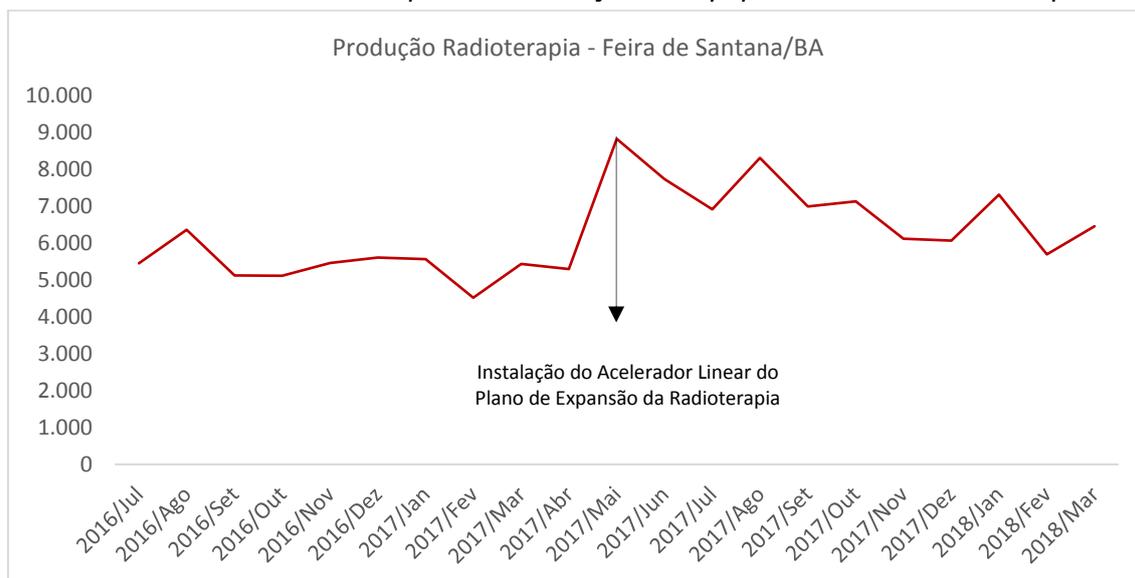
Já em maio de 2017 foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.261/2017, aumentando o Teto MAC do município de Feira de Santana em R\$ 1.796.439,67, decorrente da “expansão da oferta de serviços de oncologia no município”. Pela data da publicação da referida Portaria, infere-se que se trata de aumento do Teto MAC decorrente do início da operação da solução de radioterapia instalada no Hospital Dom Pedro de Alcântara no âmbito do Plano de Expansão da Radioterapia.

Além dessas três Portarias publicadas entre novembro de 2016 e maio de 2017, foram publicadas outras duas portarias de aumentos de Teto MAC decorrente da oncologia entre 2016 e 2017 (Portarias GM/MS nº 3444/2016 e 2730/2017). Ao todo, foram incorporados cerca de R\$ 14 milhões ao Teto MAC do município decorrentes da oncologia entre 2016 e 2017. Por outro lado, a oferta de tratamentos oncológicos no mesmo período variou de R\$ 15,7 milhões ao ano (2015) para R\$ 19,3 milhões ao ano (2017), ou seja, incremento de R\$ 3,6 milhões anuais.

Especificamente quanto ao equipamento instalado pelo Plano de Expansão da Radioterapia, que resultou na publicação da Portaria GM/MS nº 1.261/2017, cabe analisar a variação na oferta de procedimentos de radioterapia antes e depois da

instalação do equipamento (que ocorreu em maio de 2017). O gráfico a seguir indica a série histórica do procedimento de radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons (código 03.04.01.029-4) aprovados nos dez meses anteriores à instalação e nos dez meses posteriores à instalação do novo equipamento.

Imagem 04: Gráfico de série histórica da produção de radioterapia com acelerador linear em Feira de Santana antes e depois da instalação do equipamento do Plano de Expansão



Fonte: Elaboração própria, com base em dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA) e Hospitalares (SIH)

Cabe destacar que o Hospital Dom Pedro de Alcântara já possuía um acelerador linear em funcionamento, sendo o Plano de Expansão da Radioterapia responsável pela instalação do segundo equipamento nesse hospital. O gráfico acima indica que houve um crescimento sensível na quantidade de procedimentos de radioterapia aprovados no mês de instalação do acelerador linear do Plano de Expansão. Entretanto, a quantidade de procedimentos variou nos meses seguintes e não voltou a alcançar o patamar de maio de 2017. No mês de fevereiro de 2018, por exemplo, a produção registrada (5.704 campos) foi inferior à produção de agosto de 2016 (6.368 campos). Na média, a produção nos dez meses anteriores à instalação do acelerador linear foi de 5.400. Já nos dez meses posteriores, a média observada é de 6.883 campos, ou seja, aumento de 21,5%.

Sobre esse aspecto, cabe destacar que o Ministério da Saúde estabelece como parâmetro mínimo de produção para radioterapia a quantidade de 43.000 campos irradiados por ano para cada equipamento instalado (art. 31 da Portaria SAS/MS nº 140/2014), o que representa uma média de 3.580 campos por mês para cada equipamento.

No caso do município de Feira de Santana/BA, que possui dois equipamentos instalados, a quantidade mínima de procedimentos que deveriam ser ofertados após maio de 2017

é de 7.160 campos por mês. Somente nos meses de junho/17, agosto/17 e janeiro/18 o hospital realizou mais do que o mínimo esperado para sua capacidade instalada. Nos demais sete meses após a instalação do novo acelerador linear a produção ficou aquém do esperado.

Sobre tais parâmetros de produção contidos na Portaria SAS/MS nº 140/2014, cumpre analisar a quantidade de procedimentos de tratamento oncológico ofertados no município de Feira de Santana/BA e, por analogia, no Hospital Dom Pedro de Alcântara, nos três exercícios concluídos sob a vigência da Portaria SAS/MS nº 140/2014 (2015, 2016 e 2017), conforme quadro a seguir.

Quadro 03: Comparativo entre a produção oncológica em Feira de Santana/BA e os parâmetros mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde

ANO	Quimioterapia			Radioterapia			Cirurgias Oncológicas		
	Produção (A)	Parâmetro (B)	Proporção (A/B)	Produção (C)	Parâmetro* (D)	Proporção (C/D)	Produção (E)	Parâmetro (F)	Proporção (E/F)
2015	20702	5300	391%	60599	43000	141%	422	650	65%
2016	22281	5300	420%	69795	43000	162%	594	650	91%
2017	23866	5300	450%	79019	64500	123%	644	650	99%

Fonte: Elaboração própria, com base no SIA e no SIH e Portaria nº 140/2014

O quadro acima indica que o Hospital Dom Pedro de Alcântara tem superado o parâmetro mínimo de produção para quimioterapia e radioterapia. Entretanto, a produção de cirurgias oncológicas ficou abaixo do esperado nos três anos analisados.

Por todo o exposto, é possível concluir que a oferta de procedimentos oncológicos no município de Feira de Santana/BA está acima do parâmetro mínimo esperado pelo Ministério da Saúde, o que corrobora o argumento apresentado na Resolução CIB/BA nº 215/2014 de que havia “déficit no Teto MAC” do município referente à oncologia. Por outro lado, é possível concluir também que não houve ampliação expressiva na oferta de tratamentos contra o câncer em Feira de Santana/BA, inclusive quando se considera a instalação de um novo equipamento no âmbito do Plano de Expansão da Radioterapia.

Em suma, os aumentos do Teto MAC do município de Feira de Santana/BA aqui analisados se correlacionam mais à alegação de “déficit” nos valores historicamente repassados do que com a ideia de ampliação da oferta de tratamentos oncológicos. Cabe destacar que a finalidade de cobrir déficit não está entre os critérios de rateio dos recursos federais indicados na Lei Complementar nº 141/2012 e no art. 35 da Lei nº 8.080/1990.

Instado a se manifestar acerca dos aumentos de Teto MAC decorrentes das Portarias GM/MS nº 2.530/2016, 3.399/2016 e 1.261/2017, o Ministério da Saúde apresentou cópia do Memorando nº 066/2017 – CGAE/DAET/SAS/MS, por meio do qual a área técnica da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) expõe a motivação para o aumento do Teto MAC decorrente da implantação da solução do Plano de Expansão da Radioterapia (Portaria GM/MS nº 1.261/2017), no valor de R\$ 1.796.439,67 ao ano. Apresentou também a Nota Técnica nº 210/2014 – CGAPDC/DA/SAS/MS, que sustenta o aumento conferido pela Portaria GM/MS nº 3.399/2014 (R\$ 2.708.120,00 anuais), com base na avaliação anual da produção de cirurgias oncológicas nos hospitais habilitados.

Os aumentos de Teto decorrentes do Plano de Expansão da Radioterapia têm sido relativamente semelhantes em todas as localidades onde as soluções são entregues (cerca de R\$ 1,8 milhão por ano). Trata-se da multiplicação do valor médio das APAC de radioterapia com acelerador linear no estado pelo parâmetro mínimo de produção esperado por aparelho instalado (43.000 campos).

Sobre esse aspecto, o Ministério da Saúde esclarece que o funcionamento de um novo acelerador linear é gradativo e, por isso, a produção ideal se dará em torno de 12 meses após o início do funcionamento.

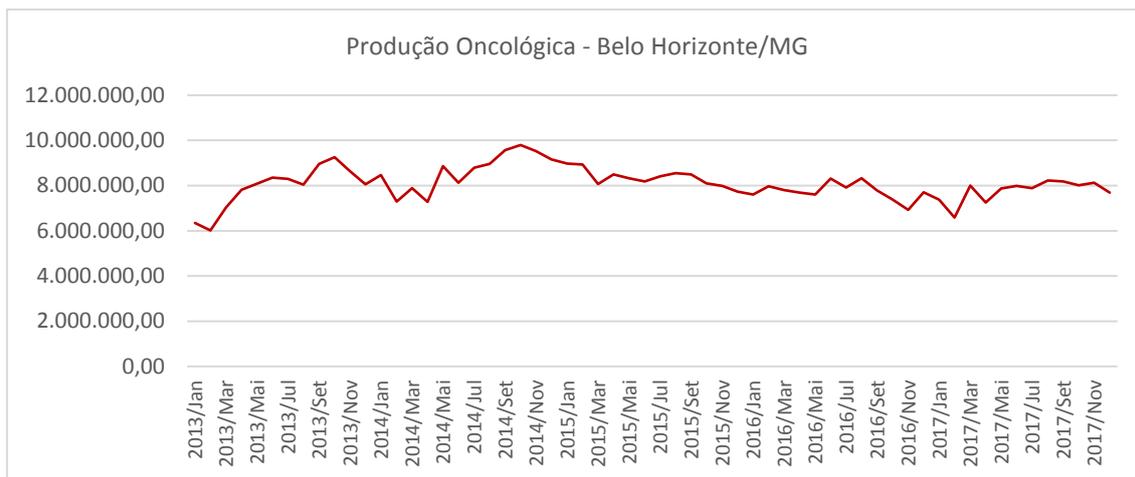
Já o aumento decorrente Portaria GM/MS nº 3.399/2014 foi feito com base em um dispositivo legal vigente à época (Portaria GM/MS nº 2.947/2012). Atualmente não há essa classificação dos hospitais habilitados em oncologia com base em portes.

O Ministério da Saúde não apresentou as motivações para o aumento do Teto decorrente da Portaria GM/MS nº 2.530/2016, no valor de R\$ 9.413.396,78.

- **Município de Belo Horizonte/MG**

Atualmente existem sete estabelecimentos habilitados em oncologia no município de Belo Horizonte/MG. São eles: Complexo hospitalar São Francisco (CNES 0026840), Hospital Felício Rocho (CNES 0026859), Hospital Alberto Cavalcanti (CNES 0026964), Santa Casa de Belo Horizonte (CNES 0027014), Hospital das Clínicas da UFMG (CNES 0027049), Associação Mário Penna (CNES 2200457), Hospital da Baleia (CNES 2695324). O gráfico a seguir indica a produção oncológica (quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica) no município de Belo Horizonte/MG entre 2013 e 2017.

Imagem 05: Gráfico da série histórica da produção ambulatorial e hospitalar relacionada ao tratamento oncológico em Belo Horizonte/MG (2013 a 2017).



Fonte: Elaboração própria, com base em dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA) e Hospitalares (SIH)

Os dados contidos no gráfico acima indicam que não houve aumento sensível na produção de procedimentos relacionados ao tratamento oncológico no município de Belo Horizonte/MG no período analisado. Houve, inclusive, diminuição da produção média se compararmos 2013 (média mensal de R\$ 7,9 milhões) com 2017 (média mensal de R\$ 7,76 milhões).

Dentre as Portarias que incorreram em variações no Teto MAC de Belo Horizonte/MG entre 2016 e 2017, três se referem ao diagnóstico do câncer e, por isso, serão desconsideradas nessa análise (Portarias GM/MS nº 3.444/2016, 3.399/2016 e 2.730/2017). Já a Portaria GM/MS nº 1.390/2017, de junho de 2017, aumentou o Teto MAC em R\$ 2.394.185,95 em decorrência da “reabilitação” da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (SCM/BH) como CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica.

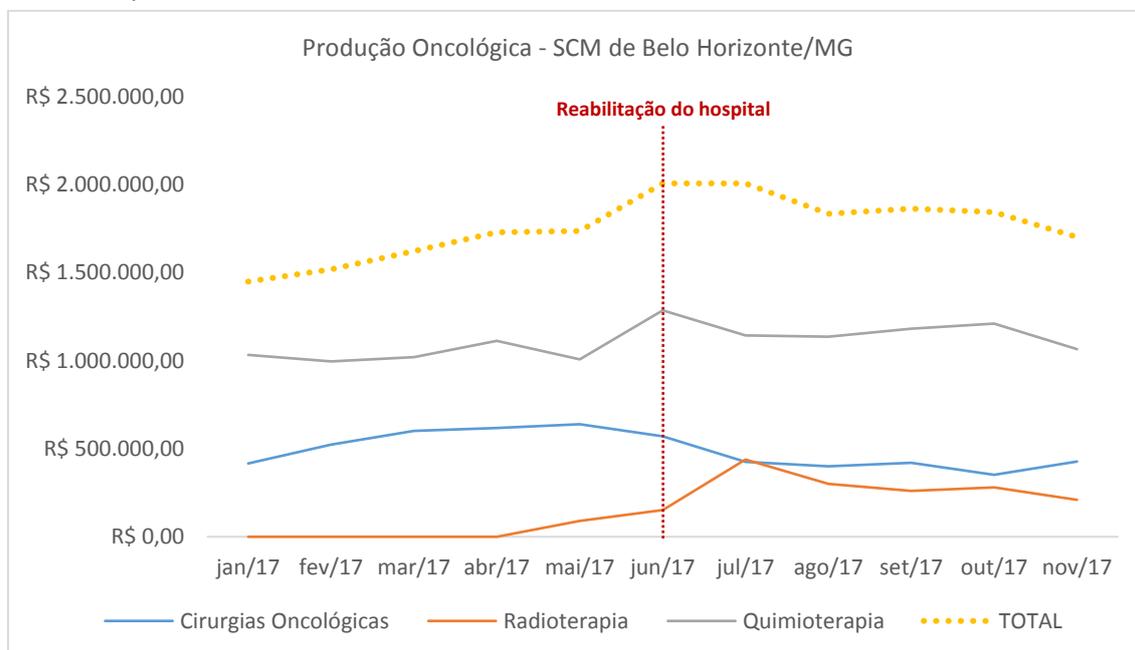
Cumpra esclarecer que esse processo de reabilitação é previsto no art. 46 da Portaria SAS/MS nº 140/2014, que determina que todos os estabelecimentos habilitados devem ser submetidos a esse processo. Não significa, portanto, que o estabelecimento reabilitado havia perdido a habilitação anteriormente.

Ainda de acordo com a Portaria SAS/MS nº 140/2014 (art. 37), a habilitação de novos estabelecimentos acarreta aumento no Teto MAC do ente federativo gestor, tendo como base a produção esperada de quimioterapia, radioterapia e cirurgias oncológicas. No caso em análise, não se trata de habilitação de estabelecimento novo, uma vez que a SCM/BH já possuía a habilitação como CACON desde 2008, de acordo com informações do CNES. Não há previsão, na Portaria 140/2014, de aumento do Teto MAC decorrente da reabilitação de estabelecimentos.

Tal aumento do Teto MAC somente se justifica se a reabilitação da SCM/BH estiver associada ao aumento da capacidade desse estabelecimento para ofertar tratamentos

oncológicos. O gráfico a seguir indica a produção oncológica do referido hospital nos cinco meses anteriores e posteriores à portaria de reabilitação.

Imagem 06: Gráfico da produção oncológica na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte/MG.



Fonte: Elaboração própria, com base em dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA) e Hospitalares (SIH)

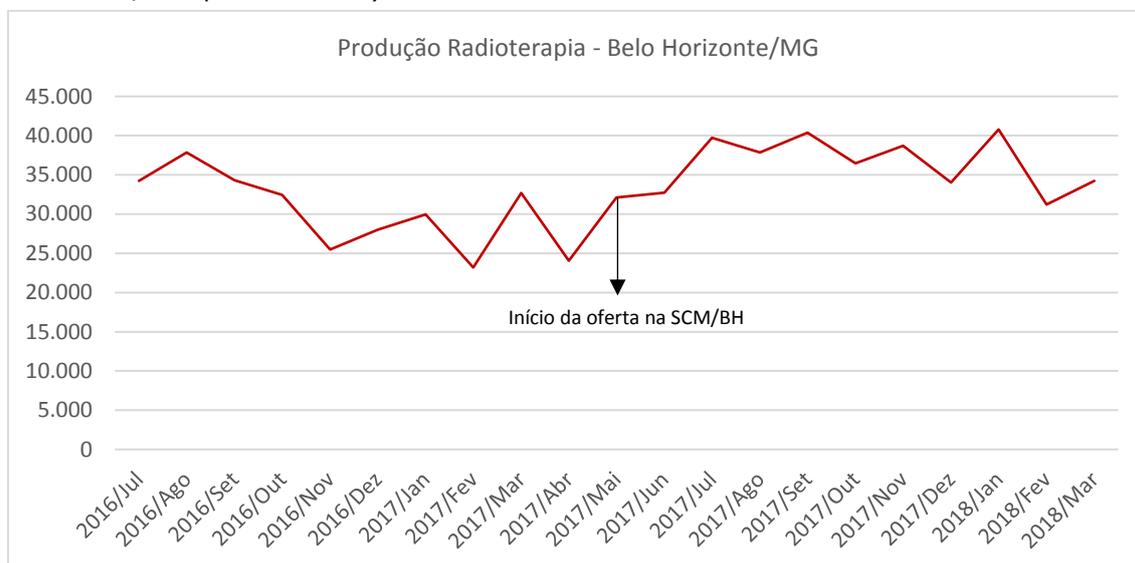
A produção média no período anterior à reabilitação foi de R\$ 1,610 milhão por mês, considerando as três modalidades de tratamento. Nos cinco meses posteriores à reabilitação, a produção média mensal foi de R\$ R\$ 1,849 milhão, ou seja, aumento de 12,9% em relação aos cinco meses anteriores à reabilitação. Esse aumento deve-se, principalmente, à oferta de serviços de radioterapia a partir de maio de 2017. Destaca-se que a oferta de radioterapia é uma exigência para estabelecimentos habilitados como CACON, como é o caso da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte/MG, que já possuía tal habilitação antes da Portaria GM/MS nº 1.390/2017.

Isso indica que antes de maio de 2017 a SCM/BH estava em desacordo com as diretrizes da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer, uma vez que não ofertava tratamentos radioterápicos. O início da oferta dessa modalidade de tratamento representa um alinhamento aos critérios já esperados, não havendo justificativa para aumento das transferências federais em decorrência de um fato que já deveria estar ocorrendo.

Por fim, cabe analisar se o início da oferta de tratamentos de radioterapia pela SCM/BH acarretou aumento na oferta total desse tipo de tratamento no município de Belo Horizonte. O gráfico a seguir indica a produção de radioterapia, medida por campos

irradiados, nos dez meses anteriores e posteriores ao início da oferta pela SCM/BH (maio de 2017):

Imagem 07: Gráfico da série histórica da produção de radioterapia em Belo Horizonte/MG (2013 a 2017).



Fonte: Elaboração própria, com base em dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA) e Hospitalares (SIH)

Os dados indicam que houve aumento na oferta de procedimentos de radioterapia no município de Belo Horizonte/MG após maio de 2017. A produção mensal média de julho/16 a abril/17 foi de 30.222 campos, enquanto que no período de junho/17 a março/18 foi de 36.609 campos, o que representa um aumento de 17,4%. Em termos de valor, o aumento da produção de radioterapia observado no período foi em torno de R\$ 191,6 mil por mês (R\$ 2,29 milhões por ano), o que é compatível com o aumento do Teto MAC decorrente da Portaria GM/MS nº 1.390/2017.

Contudo, no que diz respeito às outras modalidades de tratamento oncológico nesse mesmo período, percebe-se que a oferta de quimioterapia apresentou ligeiro aumento (3,47%) e que houve ligeira redução na oferta de cirurgias oncológicas (- 1,93%). Esse tipo de variação explica porque a oferta total de tratamentos contra o câncer no município de Belo Horizonte/MG tem se apresentado relativamente estável ao longo do tempo, conforme indicado no gráfico da Imagem 05 acima.

Foi solicitado ao Ministério da Saúde a apresentação da motivação para o aumento decorrente da Portaria GM/MS nº 1.390/2017. Em resposta, foi apresentado o Despacho nº 466/2017, que trata da “reabilitação em oncologia da Santa Casa de Misericórdia” de Belo Horizonte. O impacto financeiro nesse caso foi calculado pela Prefeitura de Belo Horizonte e chancelado pelo Ministério da Saúde.

A Prefeitura de Belo Horizonte estimou o impacto financeiro decorrente da “reabilitação” comparando os parâmetros da Portaria 140/2014 com a Programação Pactuada e Integrada (PPI) do Estado de Minas Gerais. Para o grupo de procedimentos em que a meta da PPI é superior ao parâmetro da Portaria 140/2014 (quimioterapia), não houve impacto financeiro, tampouco sua redução. Já para os casos em que a meta da PPI é inferior à da Portaria 140/2014 (cirurgias, radioterapia e procedimentos diagnóstico), foi calculado o impacto financeiro, totalizando R\$ 2.394.185,90.

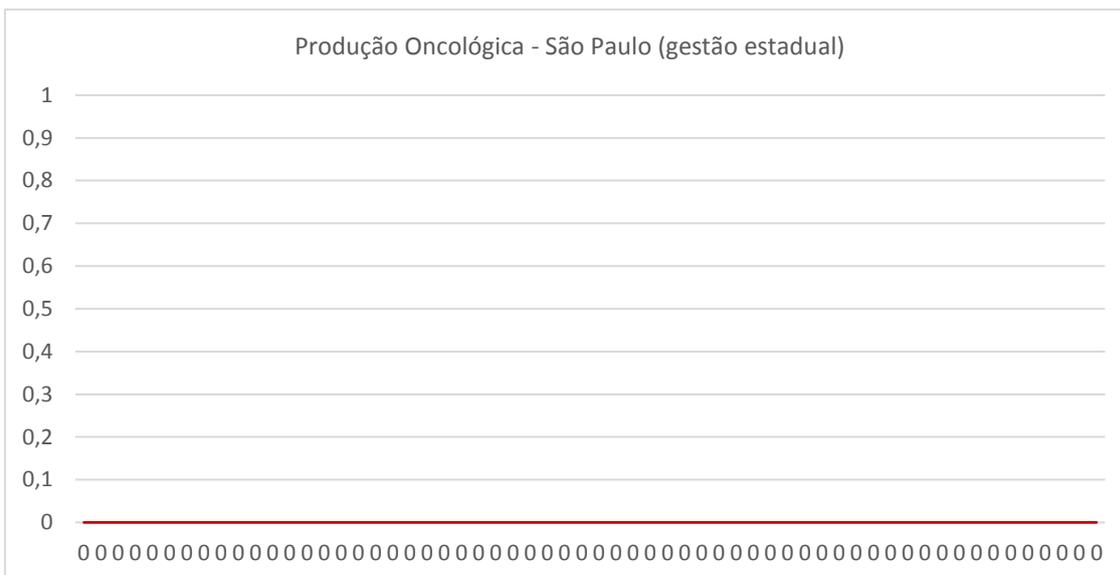
Não foram identificados dispositivos que estabelecem esse método de cálculo do impacto financeiro para hospitais já habilitados baseado no comparativo entre os parâmetros de produção da Portaria 140/2014 e a PPI do estado.

- **Estado de São Paulo**

Entre 2016 e 2017 foram publicadas treze Portarias do Ministério da Saúde alterando o Teto MAC do Estado de São Paulo em decorrência da oncologia, sendo seis portarias relacionada diretamente ao diagnóstico do câncer, que são desconsideradas nessa análise. Das sete Portarias restantes, seis são de acréscimos de valores ao Teto MAC e uma é de decréscimo. O saldo dessas variações foi positivo em R\$ 14,7 milhões.

Existem mais de 80 hospitais habilitados para o tratamento oncológico no estado de São Paulo, o que representa mais de 20% da quantidade de hospitais habilitados no país. Desse total de estabelecimentos, parte é gerenciada pelos municípios e parte é gerenciada pelo governo estadual. De acordo com informações do SIA e do SIH, o governo do estado de São Paulo foi responsável pela produção oncológica em 40 estabelecimentos no ano de 2017. O gráfico a seguir contém a produção oncológica (ambulatorial e hospitalar) aprovada pelo estado de São Paulo entre 2013 e 2017.

Imagem 07: Gráfico da série histórica da produção oncológica em São Paulo – Gestão Estadual (2013 a 2017).



Fonte: Elaboração própria, com base em dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA) e Hospitalares (SIH)

O gráfico acima indica que não ocorreram grandes oscilações na produção oncológica mensal de São Paulo (gestão estadual) no período analisado, variando de 32,9 milhões (fevereiro de 2017) a R\$ 40,3 milhões (outubro de 2014). Sobre esse aspecto, percebe-se que a produção média em 2017 (R\$ 36 milhões) foi inferior à produção média em 2013 (36,05 milhões) e em 2014 (R\$ 37,9 milhões).

Não se verifica, portanto, aumentos na oferta de tratamentos oncológicos sob gestão estadual em São Paulo no período analisado. Nesse contexto, seguem análises sobre as principais portarias de aumentos do Teto MAC do estado de São Paulo decorrentes da habilitação de estabelecimentos em oncologia.

Quadro 04: Principais aumentos de Teto MAC no Estado de São Paulo em 2017 decorrentes da oncologia

PORTARIA	ESTABELECIMENTO	HABILITAÇÃO	MUNICÍPIO	VALOR
2.094/2016	Fundação Pio XII - Unidade III	UNACON com Radioterapia	Jales/SP	R\$ 8.017.134,26
1.259/2017	Santa Casa de Misericórdia Dr. Aristóteles de O. Martins	UNACON com hematologia, pediatria e radioterapia	Presidente Prudente/SP	R\$ 1.734.871,36
2.846/2017	Hospital de Base de São José do Rio Preto	UNACON com hematologia, pediatria e radioterapia	São José do Rio Preto/SP	R\$ 1.781.214,55
3.019/2017	Hospital Guilherme Álvaro	UNACON com hematologia e radioterapia	Santos/SP	R\$ 1.754.390,17

Fonte: Elaboração própria, com base no CNES.

O anexo IV da Portaria SAS/MS nº 140/2014 detalha como deve ser feito o cálculo do impacto financeiro decorrente da habilitação de novos estabelecimentos em oncologia. Em síntese, o montante a ser acrescido ao Teto MAC do Estado ou do Município gestor do estabelecimento habilitado depende do valor médio dos procedimentos de quimioterapia, radioterapia e cirurgias oncológicas aprovados nos doze meses e do valor médio da Tabela SUS dos procedimentos diagnóstico obrigatórios.

Tal documento indica que os impactos financeiros serão calculados com base na produção registrada no SIA e no SIH para os procedimentos indicados na tabela acima na respectiva UF “nos últimos doze meses”, sem especificar se são anteriores à habilitação ou à solicitação.

Essa lacuna reflete no cálculo do impacto financeiro referente à habilitação da Fundação Pio XII de Jales/SP. De acordo com informações prestadas pelo Ministério da Saúde, o Governo de São Paulo solicitou a habilitação da referida unidade em setembro de 2013. Caso o processo tivesse andamento considerando a data da solicitação, o impacto financeiro seria calculado com base na produção de setembro de 2012 a agosto de 2013. Contudo, o Ministério da Saúde não promoveu a habilitação, levando o Governo de São Paulo a encaminhar nova solicitação em fevereiro de 2016, sendo que a habilitação ocorreu em setembro de 2016. Caso a interpretação fosse de que o impacto é calculado com base na produção ambulatorial e hospitalar nos doze meses anteriores à habilitação, deveria considerar o período de setembro de 2015 a agosto de 2016. Entretanto, empreende-se do despacho nº 078/2016 – CGAPDC/DAET/SAS/MS que o impacto financeiro foi calculado considerando o período de janeiro a dezembro de 2014. O quadro a seguir indica as diferenças nos valores médios dos procedimentos oncológicos no estado de São Paulo conforme se altera os períodos de análise.

Quadro 05: Cálculo do valor médio dos procedimentos oncológicos (tratamentos) no estado de São Paulo em 2017

PROCEDIMENTOS	VALOR MÉDIO		
	set/12-ago/13	jan/14-dez/14	set/15-ago/16
Radioterapia	R\$ 40,53	R\$ 40,30	R\$ 41,06
Quimioterapia	R\$ 588,09	R\$ 601,60	R\$ 549,40
Cirurgias Oncológicas	R\$ 3.030,15	R\$ 3.569,38	R\$ 3.426,26

Fonte: Elaboração própria com base em dados do SIA e do SIH

As variações nos valores médios refletem diretamente no impacto financeiro. A tabela a seguir simula como seria o impacto financeiro em cada um dos períodos, já considerando o impacto decorrente dos procedimentos diagnóstico.

Quadro 06: Variações nos impactos financeiros decorrentes de novas habilitações conforme período considerado

PROCEDIMENTOS	PARÂMETRO	IMPACTO FINANCEIRO
---------------	-----------	--------------------

		set/12-ago/13	jan/14-dez/14	set/15-ago/16
Radioterapia	43000	R\$ 1.742.790,00	R\$ 1.732.900,00	R\$ 1.765.580,00
Quimioterapia	5300	R\$ 3.116.877,00	R\$ 3.188.480,00	R\$ 2.911.820,00
Cirurgias Oncológicas	650	R\$ 1.969.597,50	R\$ 2.320.097,00	R\$ 2.227.069,00
Diagnóstico	-	R\$ 776.974,47	R\$ 776.974,47	R\$ 776.974,47
TOTAL		R\$ 7.606.238,97	R\$ 8.018.451,47	R\$ 7.681.443,47

Fonte: Elaboração própria com base em dados do SIA e do SIH e Portaria 140/2014

De acordo com a tabela acima, a diferença do impacto financeiro chega a R\$ 412 mil dependendo do período considerado, o que reforça a necessidade de definir objetivamente esse critério. Outro detalhe importante é que o cálculo do impacto financeiro não considera os registros de quimioterapia e de radioterapia contidos no SIH. Apesar de residual se comparado aos registros no SIA, esse tipo de tratamento em caráter hospitalar pode superar R\$ 22 milhões ao ano somente no estado de São Paulo (dados de 2014).

Quanto às demais Portarias citadas na Tabela 04, percebe-se que os aumentos de Teto MAC decorrentes das Portarias GM/MS nº 1.259/2017 (Presidente Prudente), 2.846/2017 (São José do Rio Preto) e 3.019/2017 (Santos) são em valores semelhantes entre si (cerca de R\$ 1,7 milhão). Em consulta ao CNES, é possível confirmar que esses impactos financeiros decorrem da habilitação de hospitais para a oferta de radioterapia.

Verificou-se que existe registros regulares de atendimentos de radioterapia em dois desses hospitais desde 2017. Entretanto, não há registros de procedimentos de radioterapia no SIA referente ao Hospital Guilherme Álvaro Santos (CNES 2079720 – Portaria GM/MS nº 3.019/2017) até a competência de abril de 2018 (dados mais recentes disponíveis no momento da auditoria). Isso indica que o Ministério da Saúde transfere recursos decorrentes da habilitação em radioterapia desde novembro de 2017, mas que o respectivo serviço ainda não funcionava até abril de 2018, de acordo com dados do SIA.

Ainda sobre as transferências de recursos para o governo estadual de São Paulo, merece destaque a Portaria GM/MS nº 2.005/2017, que instituiu a transferência de R\$ 20.000.000,00 (vinte milhões de reais), em parcela única, ao Governo de São Paulo, tendo como base a “Resolução Ad'referendo nº 42/2017/CIB/SP, de 21 de julho de 2017, da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo”. Segue trecho da referida Resolução CIB/SP:

“A Coordenadora da CPS diz que o Hospital Pio XII de Barretos tem solicitado recursos financeiros, porque apresenta um déficit entre o que ele fatura e suas contas. Como o estado não tem recursos para liberar, o Hospital buscou junto ao Ministério da Saúde, e posteriormente ao Presidente. Foi recebida a informação de que o Ministério irá liberar 20 milhões de reais para o hospital, em parcela

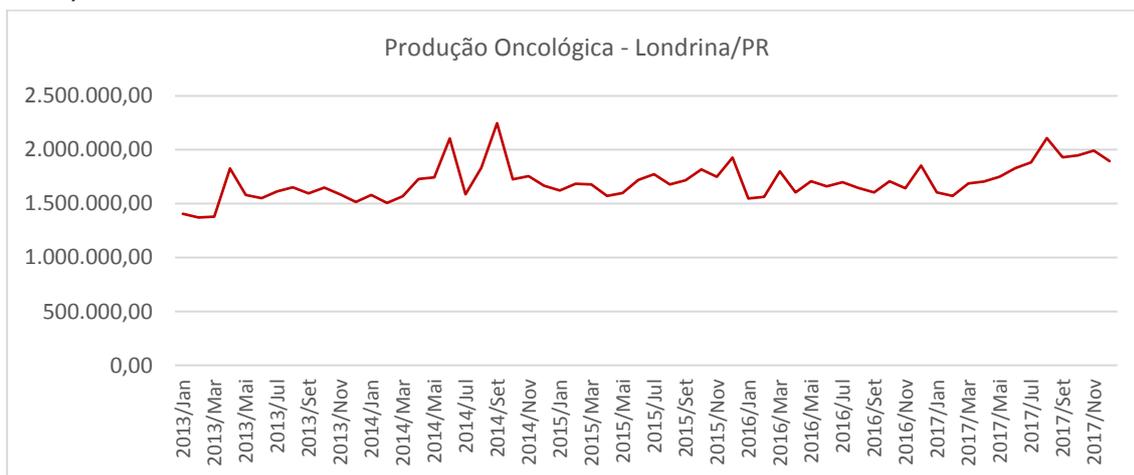
única. É um recurso importante, destinado ao Hospital Pio XII, e precisa da aprovação em CIB. O recurso irá para o fundo estadual de saúde, e será repassado imediatamente ao hospital”.

Percebe-se, portanto, que a resolução não indica quais foram os critérios utilizados para calcular o valor dessa transferência. Nesse sentido, o Ministério da Saúde foi instado a apresentar a motivação para tal transferência, bem como sua memória de cálculo. Entretanto, tais informações não foram apresentadas à equipe de auditoria.

- **Município de Londrina/PR**

O atendimento oncológico pelo SUS no município de Londrina/PR é ofertado pelo Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (CNES 2781859), vinculado à Universidade Estadual de Londrina e pelo Hospital do Câncer de Londrina - HCL (CNES 2577623), que é um hospital filantrópico, sendo que apenas esse último possui habilitação para a oferta de radioterapia. Além de ser o único a ofertar radioterapia no município, o HCL realizou 96,7% dos procedimentos de quimioterapia em Londrina no ano de 2017. Esses números revelam que o HCL é o principal estabelecimento da rede de atenção oncológica em Londrina. O gráfico a seguir indica a produção oncológica em Londrina/PR de 2013 a 2017.

Imagem 08: Gráfico da série histórica da produção oncológica em Londrina/PR (2013 a 2017).



Fonte: Elaboração própria, com base em dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA) e Hospitalares (SIH)

De acordo com informações do SIA e do SIH, a produção oncológica em Londrina saltou de R\$ 18,7 milhões em 2013 para R\$ 21,9 milhões em 2017, o que representa um aumento de 17% no período. Nesse mesmo período, o Teto MAC de Londrina sofreu seis alterações decorrentes da oncologia, totalizando um aumento de R\$ 13,25 milhões. As

principais portarias nesse cenário são as de nº 2.092/2014 e 2.361/2017, no valor de R\$ 6 milhões cada.

Dessa forma, ao comparar a produção oncológica com as variações no Teto MAC, percebe-se que o aumento do Teto MAC no período (R\$ 13,25 milhões) é significativamente superior ao aumento da produção (R\$ 3,2 milhões). Além disso, em 2010 foi emitida a Portaria GM/MS nº 2.410/2010, que aumentou o Teto MAC de Londrina/PR em R\$ 5.019.579,17 decorrente da oncologia.

Em face dessa situação, solicitou-se ao Ministério da Saúde a motivação para os aumentos do Teto MAC de Londrina/PR decorrentes das Portarias GM/MS nº 2.092/2014 e 2.361/2017. Em resposta, foi apresentada somente a motivação para a Portaria GM/MS nº 2.361/2017.

Tal aumento teve origem com uma solicitação da Prefeitura de Londrina/PR (Ofício nº 0526/2017 – GAB/AMS), que solicita ao Ministério da Saúde a “recomposição dos valores destinados ao Teto de Média e Alta Complexidade” no valor de R\$ 1.355.306,31. Acompanha o ofício um levantamento de informações, elaborado pela Prefeitura de Londrina/PR, acerca da quantidade de procedimentos oncológicos realizados pelo HCL em comparação aos parâmetros contidos na Portaria SAS/MS nº 140/2014. Tal estudo conclui que o referido municipal realizou, em 2016, cerca de R\$ 16,2 milhões de procedimentos a mais do que o exigido pela Portaria 140/2014.

A área técnica do Ministério da Saúde (despacho nº 614/2017) replicou esse cálculo e concluiu que o incremento deveria ser de R\$ 13,3 milhões anuais. Essa divergência se deu porque o Ministério da Saúde calculou o impacto com base na produção de 2015, apesar da solicitação ter sido recebida em julho de 2017.

Em ambos os casos, o impacto financeiro foi calculado comparando-se a produção oncológica do HCL com os parâmetros da Portaria 140/2014. A premissa, nesse caso, é de que o valor transferido pelo Ministério da Saúde corresponde somente ao parâmetro da Portaria 140/2014. Essa premissa não é válida, uma vez que o Teto MAC de Londrina foi aumentado em decorrência da oncologia em mais de R\$ 11 milhões antes da Portaria GM/MS nº 2.361/2017, enquanto que o impacto decorrente dos parâmetros da Portaria 140/2014 é de aproximadamente R\$ 8 milhões, conforme indicado na Tabela 04 desse relatório. Ao calcular o impacto financeiro com base na diferença entre os parâmetros e a produção efetiva, presume-se que não ocorreram alterações no Teto MAC para além do acréscimo oriundo da habilitação do hospital, o que não é verdadeiro no caso de Londrina.

Não obstante o cálculo efetuado pela área técnica do Ministério da Saúde indicar que o impacto deveria ser na ordem de R\$ 13,3 milhões, o valor efetivamente acrescido foi de R\$ 6 milhões. Não foram apresentadas justificativas para esse valor contido na Portaria

GM/MS nº 2.361/2017. Ressalta-se que também não foram apresentadas as motivações para a Portaria GM/MS nº 2.092/2014.

3. Síntese sobre os critérios de rateio dos recursos federais em oncologia adotados pelo Ministério da Saúde

Em decorrência da análise detalhada dos valores transferidos pelo Ministério da Saúde a cinco entes federativos em decorrência da oferta de tratamentos oncológicos, verifica-se que não há critérios objetivos para a definição de quais localidades receberão recursos federais, tampouco há critérios para definir os montantes a serem transferidos.

A Lei Complementar nº 141/2012 e a Lei nº 8.080/1990 dispõem sobre como os recursos do SUS devem ser rateados. Entretanto, tais dispositivos tratam do assunto de forma abstrata, o que inviabiliza a adoção, na prática, dos critérios de rateio ali descritos. Isso confere uma discricionariedade aos gestores públicos federais na definição de como os recursos do SUS são rateados entre os entes federativos.

No caso da oncologia, o único critério de rateio dos recursos federais objetivamente instituído é aquele descrito no art. 37 da Portaria SAS nº 140/2014, que estabelece que a União transferirá aos estados e municípios gestores os valores correspondentes ao parâmetro de produção esperado para os hospitais habilitados em oncologia. Dessa forma, a habilitação de um novo hospital para o atendimento oncológico implica na transferência de recursos federais entre R\$ 6 milhões (para hospitais sem radioterapia) e R\$ 8 milhões anuais (para hospitais com radioterapia).

Entretanto, a análise efetuada nessa auditoria indica que foram adotados outros critérios diferentes daquele estabelecido na Portaria SAS nº 140/2014. A inexistência de critérios de rateio objetivamente definidos potencializa o risco de alocação ineficiente dos recursos e de ingerências indevidas nesse processo, expondo o financiamento da assistência oncológica no SUS ao risco de ser utilizado como barganha entre os atores envolvidos, em detrimento dos critérios estritamente técnicos e/ou relacionados à necessidade assistencial da população.

O quadro a seguir contém exemplos de casos de aumentos dos valores federais transferidos para estados e municípios em 2017 em decorrência da oncologia que destoam do critério estabelecido no art. 37 da Portaria SAS nº 140/2014.

Quadro 07: Descrição sobre os diferentes critérios para rateio de recursos observados

PORTARIA GM/MS nº	FAVORECIDO	VALOR (R\$)	JUSTIFICATIVA	METODOLOGIA DE CÁLCULO
919/2017	SMS de Barbalha/CE	10.472.670,00	Recomposição de teto financeiro	Somatório da produção de hospital já habilitado
1.261/2017	SMS de Feira de Santana/BA	1.796.439,67	Plano de Expansão da Radioterapia	Estimativa de produção anual por acelerador linear instalado

1.390/2017	SMS de Belo Horizonte/MG	2.394.185,90	Renovação de habilitação de hospital	Diferença entre parâmetros da Portaria 140 e PPI
2.361/2017	SMS de Londrina/PR	6.000.000,00	Recomposição de teto financeiro	Diferença entre parâmetros da Portaria 140 e produção do hospital

Fonte: Elaboração própria

Além dos aumentos de Teto MAC com base em critérios que não estão formalmente instituídos, foram identificados casos onde não é possível identificar a justificativa para os aumentos dos valores transferidos pelo Ministério da Saúde, conforme indicado na tabela a seguir. Destaca-se que o Ministério da Saúde foi instado a apresentar a motivação para esses casos, mas não houve resposta até o fechamento desse relatório.

Quadro 08: Aumentos de Teto MAC que não foram apresentadas justificativas

PORTARIA	FAVORECIDO	VALOR
Portaria GM/MS nº 2.530/2016	Secretaria Municipal de Feira de Santana/BA	R\$ 9.413.396,78
Portaria GM/MS nº 2.005/2017	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo/SP	R\$ 20.000.000,00 *
Portaria GM/MS nº 2.092/2014	Secretaria Municipal de Londrina/PR	R\$ 6.000.000,00

Fonte: Elaboração própria

* A Portaria GM/MS nº 2.005/2017 consiste em transferência em parcela única

Por fim, a análise dos aumentos de Teto MAC decorrentes da oncologia revela que há impropriedades inclusive quanto à aplicação do único critério de rateio dos recursos federais formalmente instituído especificamente para o custeio das ações em oncologia (art. 37 da Portaria SAS nº 140/2014). Seguem tópicos sobre tais propriedades:

- Cálculo do impacto financeiro com base na produção do hospital e não da produção total na região: O impacto financeiro decorrente de novas habilitações nos moldes do art. 37 da Portaria SAS nº 140/2014 é calculado com base na expectativa de procedimentos clínicos e hospitalares a serem realizados pelos hospitais habilitados. Apesar de se referir ao hospital, os valores são transferidos para os Estados ou Municípios que gerenciam a rede de atenção oncológica do SUS na localidade. Em muitos casos, as redes são compostas por mais de um estabelecimento habilitado. Apesar disso, o cálculo do impacto financeiro não considera a produção efetiva dos demais estabelecimentos habilitados na Região. Com isso, é possível que ocorram aumentos nos Teto MAC decorrentes de novas habilitações mesmo quando a produção oncológica dos outros estabelecimentos da região está abaixo do parâmetro mínimo. Essa é uma das principais causas para a baixa correlação entre os aumentos de Teto MAC e os aumentos na produção oncológica, conforme demonstrado nos gráficos da Imagem 01 (gráfico de dispersão), da Imagem 05 (produção oncológica em Belo Horizonte/MG) e da Imagem 08 (produção oncológica em São Paulo).

- Cálculo do impacto financeiro com base em estimativa de produção oncológica, sem monitoramento da produção efetiva: Outro aspecto que explica a baixa correlação entre as variações de Teto MAC e as variações na oferta de tratamentos oncológicos é a inexistência de providências nos casos em que a produção efetiva dos estabelecimentos após sua habilitação se mostra aquém dos parâmetros. Sobre a necessidade de monitoramento da produção dos hospitais habilitados, o Ministério da Saúde informou o seguinte:

Foi realizado levantamento de produção dos estabelecimentos habilitados em alta complexidade em oncologia para avaliar o atingimento dos parâmetros mínimos de produção. A ideia é suspender o repasse para os gestores que não tiverem justificado bem a não implantação dos serviços. Este processo está em discussão e é conduzido pelo Gabinete da SAS

Um exemplo dessa situação abordado nessa auditoria é inexistência de registro de tratamentos de radioterapia no SIA pelo Hospital Guilherme Álvaro, no município de Santos/SP, mesmo após seis meses do início das transferências federais sob essa motivação.

- Indefinição quanto ao período considerado para cálculo do custo médio do tratamento: Ao definir que o impacto financeiro é calculado com base no custo médio de cada tratamento nos “últimos doze meses”, a Portaria 140/2014 não estabelece qual a qual fato esse período se refere. Dentre as interpretações possíveis, pode-se calcular o custo médio no período de um ano anterior à solicitação para habilitação, à análise pelo Ministério da Saúde ou até mesmo no ano (janeiro a dezembro) anterior à emissão da habilitação. No caso analisado nessa Auditoria (Fundação Pio XII de Jales/SP), ficou demonstrado que essas diferentes interpretações podem acarretar em diferenças de até R\$ 412 mil nos valores finais do impacto financeiro. Sobre esse aspecto, a SAS/MS informou que considera o “último ano de produção fechada”, ou seja, considera sempre um período de janeiro a dezembro e não os “últimos doze meses” indicados na Portaria 140/2014

- Desconsideração de variações de Teto MAC anteriores: Ainda sobre a necessidade de aprimorar os critérios de rateio dos recursos federais relacionados à oncologia, entende-se que é necessário avaliar o histórico de variações nos Teto MAC ao se decidir por novas variações. Em nenhum dos casos analisados nessa auditoria foi observado que o Ministério da Saúde considera as variações anteriores ao calcular novos impactos financeiros. Como exemplo abordado nessa auditoria, o aumento do Teto MAC do município de Londrina/PR no valor de R\$ 6 milhões (Portaria GM/MS nº 2.361/2017) foi concedido sob a justificativa de que a quantidade de procedimentos oncológicos ofertados naquela localidade é superior ao parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde. Entretanto, não foi considerado no cálculo desse impacto financeiro que foram acrescidos mais de R\$ 11 milhões ao Teto MAC daquele município, relacionados à oncologia, nos anos anteriores à publicação da Portaria GM/MS nº 2.361/2017.

- **Divergências entre análises técnicas e decisões sobre aumento do Teto MAC:** Pelo todo o exposto, verifica-se que as decisões sobre a destinação dos recursos federais na área de oncologia são cercadas de questões subjetivas, o que aumenta a discricionariedade conferida aos gestores envolvidos nesse processo, seja no âmbito federal ou local (estadual/municipal). Verificou-se nessa auditoria o caso da Portaria GM/MS nº 2.361/2017, no qual o valor acrescido ao Teto MAC do município foi inferior ao valor indicado pela área técnica da SAS. Além disso, foram identificados casos em que não foram apresentadas as motivações técnicas para aumento dos Tetos MAC, conforme Tabela 07.

- **Mensuração da radioterapia por campos irradiados:** Uma característica importante dos parâmetros de produção contidos na Portaria 140/2014, que é determinante para o cálculo dos impactos financeiros, é a métrica dos tratamentos de radioterapia por campos irradiados. Essa métrica não permite aferir com clareza a oferta de tratamentos no hospital, uma vez que a quantidade de campos depende principalmente das características do tumor. Por exemplo, a quantidade máxima de campos irradiados em um tratamento de câncer de fígado é 40 campos, enquanto que para cânceres de próstata pode haver até 144 campos irradiados.

Nesse sentido, o parâmetro de 43.000 campos irradiados por ano não permite aferir sequer a quantidade de pacientes a serem atendidos. Para ilustrar essa questão, foram analisadas as produções ambulatoriais de todos os hospitais que ofertaram radioterapia pelo SUS em 2017. Ao todo, 116.310 pacientes foram submetidos a procedimentos de radioterapia com acelerador linear, tendo sido registrados 10.058.735 campos irradiados, ou seja, média de 86,48 campos por paciente. Por essa média nacional, a irradiação de 43 mil campos corresponde a cerca de 500 pacientes.

Em um extremo, seis estabelecimentos no país apresentaram média superior a 150 campos irradiados por paciente tratado, conforme detalhado a seguir.

Quadro 09: Hospitais com a maior relação entre quantidade de campos irradiados e pacientes tratados em 2017

CNES	NOME ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIO/UF	QTDE PACIENTES	QTDE CAMPOS
2504332	Hospital Tereza Ramos	Lages/SC	674	138768
2171945	Santa Casa de Alfenas	Alfenas/MG	287	51415
0003808	Hospital São Rafael	Salvador/MG	346	55930
2110075	Clínica Memorial	Poços de Caldas/MG	446	70036
2081482	Boldrini Campinas	Campinas/SP	367	55957
2798298	Santa Casa de Misericórdia de SJRP	São José do Rio Preto/SP	842	127171

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do SIA

No outro extremo, cinco estabelecimentos apresentaram média inferior a 40 campos irradiados por paciente tratado, conforme quadro abaixo.

Quadro 10: Hospitais com a menor relação entre quantidade de campos irradiados e pacientes tratados em 2017

CNES	NOME ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIO/UF	QTDE PACIENTES	QTDE CAMPOS
0010456	Hospital de Base	Brasília/DF	172	6723
2686953	Santa Casa de Misericórdia	Ponta Grossa/PR	56	1719
2078015	Hospital das Clínicas FMUSP	São Paulo/SP	140	4131
0026840	Complexo Hospitalar S Francisco	Belo Horizonte/MG	13	356
0013633	Hospital Angelina Caron	Campina Grande do Sul/PR	106	2441

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do SIA

Cabe ressaltar que as quantidades indicadas nos quadros 08 e 09 acima não representam a totalidade dos tratamentos radioterápicos realizados nos respectivos hospitais. No caso do Hospital Angelina Caron, a proporção indicada de 106 pacientes para 2.441 campos irradiados se refere ao procedimento de código 0304010294 (radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons). Além desse, o referido hospital também realizou o procedimento de código 0304010286 (radioterapia com acelerador linear só de fótons). No caso desse procedimento, a proporção observada no Hospital Angelina Caron foi de 1.128 pacientes para 102.221 campos irradiados.

Pelos dados acima, percebe-se que a métrica de 43.000 campos irradiados pode representar 1.075 pacientes atendidos (proporção de 40 campos por paciente) ou 286 pacientes atendidos (proporção de 150 campos por paciente).

Na prática, os exemplos mais ilustrativos são dos hospitais São Lucas, em Patos de Minas/MG e Maria José Baeta, em Juiz de Fora/MG. Ambos apresentaram produções semelhantes e próximas ao parâmetro mínimo no que se refere ao procedimento 0304010294 (radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons). Entretanto, a quantidade de pacientes atendidos em cada hospital é significativamente diferente, conforme detalhado a seguir.

Quadro 11: Exemplo de diferenças entre a quantidade de pacientes tratados para uma mesma quantidade de campos irradiados:

CNES	NOME ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIO/UF	QTDE PACIENTES	QTDE CAMPOS
2196972	Hospital São Lucas	Patos de Minas/MG	431	48.509
2153025	Hospital Maria José Baeta	Juiz de Fora/MG	626	40.986

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do SIA

Nesse exemplo, o Hospital Maria José Baeta precisou de uma quantidade de “campos” para tratar 45% a mais de pacientes que o Hospital São Lucas, reforçando o argumento de que a mensuração dos tratamentos radioterápicos por “campos” não é a forma mais adequada para monitorar a assistência à sociedade.

- **Classificação das cirurgias oncológicas em código específico:** Outro aspecto crítico relacionado aos parâmetros da Portaria 140/2014 diz respeito às cirurgias oncológicas. De acordo com esse normativo, as cirurgias oncológicas devem ser registradas no SIH com o código iniciado por 04.16. Entretanto, percebe-se que existem registros de cirurgias voltadas ao tratamento do câncer em outros códigos. Essa impropriedade prejudica o monitoramento das ações realizadas pelos hospitais, influenciando, inclusive, o cálculo dos impactos financeiros. Para ilustrar essa situação, foram analisados os registros no SIH referentes a dezembro de 2017 quanto a dois atributos: código do procedimento e código do diagnóstico principal (CID), conforme registro a seguir.

Quadro 12: Proporção de cirurgias com CID de câncer sem utilização do código correto

TIPO DE REGISTRO (SIH)	QUANTIDADE
CIRURGIAS ONCOLÓGICAS (04.16)	
COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (CID = C%)	10.956
COM OUTROS DIAGNÓSTICOS	1.116
OUTROS TIPOS DE CIRURGIAS	
COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (CID = C%)	39.586
COM OUTROS DIAGNÓSTICOS	892.851

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do SIH

A tabela indica que a maior parte das cirurgias oncológicas realizadas no Brasil não são registradas no código correto. No caso de dezembro de 2017, existem mais registros de cirurgias realizadas em decorrência de cânceres em outros códigos (39.586 cirurgias) do que no código correto (12.072 registros). Uma das implicações dessa impropriedade é que a maior parte das cirurgias oncológicas realizadas não são consideradas para cálculo do impacto financeiro e, conseqüentemente, nas decisões acerca do rateio de recursos federais na área da oncologia.

RECOMENDAÇÕES

1 - Instituir e formalizar os critérios de rateio dos recursos federais relacionados à oncologia, de modo a contemplar todas as situações passíveis de ensejar alterações (positivas/negativas) nos montantes transferidos aos entes federativos.

Achados nº 1, 2 e 3

2 - Executar um plano de ação voltado a reavaliar os aumentos de Teto MAC relacionados à oncologia nos últimos anos, com o objetivo de atestar a manutenção dos requisitos/condicionantes utilizados para justificar tais aumentos, promovendo ajustes nos casos em que forem constatadas divergências entre a situação atual e a situação considerada no momento da concessão do acréscimo.

Achados nº 1, 2 e 3

CONCLUSÃO

Com base nos resultados dessa auditoria, verifica-se que **os valores transferidos pelo Ministério da Saúde por meio do Teto MAC não são totalmente compatíveis com o quantitativo de procedimentos oncológicos realizados**. Isso porque a lógica de financiamento federal atualmente adotada é mais voltada para a capacidade de oferta de ações e de serviços em oncologia do que à quantidade de procedimentos efetivamente realizados.

Nesse contexto, foram identificadas diversas situações de incompatibilidade entre as transferências de recursos federais relacionados à oncologia e as variações na oferta de tratamentos contra o câncer pelo SUS, incluindo situações onde o montante federal transferido é superior ao aumento da quantidade de tratamentos ofertados, bem como situações inversas.

A análise detalhada sobre as justificativas para aumento das transferências federais indica que foram adotados critérios que não constam expressamente em normativos ou em documentos internos. Os principais critérios não previstos são relacionados à necessidade de cobrir déficits históricos dos hospitais habilitados em oncologia. Foram identificados, ainda, situações de transferência de recursos federais sem o devido embasamento técnico.

Os resultados dessa auditoria revelam a necessidade de instituir critérios de rateio dos recursos federais transferidos a Estados e Municípios, de modo a compatibilizar tais valores com a oferta de ações e serviços à população por meio do SUS.

A principal causa das impropriedades aqui relatadas é a inexistência de critérios de rateio dos recursos federais para os casos não relacionados ao aumento da oferta de serviços, tais como nas situações de aumento dos custos operacionais. Além disso, as diferentes regras adotadas ao longo dos anos acerca do financiamento federal no SUS impossibilita avaliar a adequação dos montantes repassados em relação à oferta de

ações e serviços, o que reforça a dificuldade em atestar que as transferências federais estão sendo realizadas de forma eficiente.

Sem a reformulação da lógica de financiamento federal na oncologia, a sustentabilidade da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer no SUS fica comprometida a médio e longo prazo. Os achados dessa auditoria indicam que há evidências de alocação ineficiente de recursos federais na área de oncologia, uma vez que há transferências federais sem lastro na oferta de procedimentos oncológicos. Por outro lado, a limitação constitucional ao crescimento das despesas correntes do SUS no âmbito federal indica que não deverá ocorrer aumentos de dotação suficientes para atender às notórias necessidades de expansão da oferta de procedimentos oncológicos nos próximos anos.

Nesse cenário de restrição, a principal alternativa aos gestores públicos é otimizar a alocação dos recursos já disponíveis, o que passa, necessariamente, pela instituição dos critérios de rateio dos recursos e pela revisão dos montantes repassados atualmente.

V – RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 201801208



CGU

Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Secretaria de Atenção à Saúde

Exercício 2017

09 de julho de 2018

Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União - CGU
Secretaria Federal de Controle Interno

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Órgão: **MINISTERIO DA SAUDE**

Unidade Examinada: **Secretaria de Atenção à Saúde**

Município/UF: **Brasília/Distrito Federal**

Ordem de Serviço: **201801208**

Missão

Promover o aperfeiçoamento e a transparência da Gestão Pública, a prevenção e o combate à corrupção, com participação social, por meio da avaliação e controle das políticas públicas e da qualidade do gasto.

Relatório de Avaliação dos Resultados da Gestão

Consiste na avaliação da gestão de órgãos e entidades da Administração Pública do Poder Executivo Federal por meio de um macroprocesso diretamente relacionado ao cumprimento da missão institucional da unidade avaliada.

QUAL FOI O TRABALHO REALIZADO PELA CGU?

Por meio desse relatório, apresentam-se os resultados da auditoria referente à atuação do Ministério da Saúde no ordenamento do fluxo de pacientes oncológicos entre as Unidades da Federação.

O objetivo foi de avaliar se existem mecanismos instituídos no SUS capazes de promover a regulação do acesso a pacientes que necessitam realizar tratamentos contra o câncer

POR QUE A CGU REALIZOU ESSE TRABALHO?

Esse trabalho integra uma estratégia de avaliação sistemática da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer no SUS, na qual a CGU avalia diversos aspectos relacionados à atuação do Ministério da Saúde nessa política.

Cerca de 15 mil pessoas por ano buscam tratamentos contra o câncer pelo SUS em outros estados. As fragilidades dos mecanismos de cooperação interfederativa fazem com que a maior parte dessas pessoas se desloquem para localidades distantes da sua residência por conta própria em busca de tratamento oncológico.

Por se tratar de situação que envolve diferentes entes federativos, cabe ao Ministério da Saúde atuar de modo a garantir o acolhimento integral desses pacientes pelo SUS.

em hospitais localizados em Estados diferentes de seus Estados de residência.

QUAIS AS CONCLUSÕES ALCANÇADAS PELA CGU? QUAIS AS RECOMENDAÇÕES QUE DEVERÃO SER ADOTADAS?

Os exames realizados pela CGU indicam que existe um fluxo intenso de pacientes oncológicos entre os Estados brasileiros. O Estado de São Paulo é o que mais recebe esses pacientes, mas há também grande fluxo de pacientes para os Estados de Pernambuco, Paraná, Piauí e para o Distrito Federal. Por outro lado, os Estados de Minas Gerais, Goiás, Bahia e Mato Grosso do Sul são os que mais possuem residentes buscando tratamentos oncológicos em outras Unidades da Federação.

Apesar disso, verifica-se que o Ministério da Saúde não atua de modo a coordenar o fluxo de pacientes oncológicos entre as Unidades da Federação.

Nesse contexto, foi recomendado ao Ministério da Saúde ajustar as diretrizes para funcionamento da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC) de modo a absorver as demandas por tratamentos oncológicos em outros estados.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEONC – Centro de Oncologia de Cascavel

CGAE – Coordenação-Geral de Atenção Especializada

CGU – Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade

DAET – Departamento de Atenção Especializada e Temática

GM – Gabinete do Ministro/MS

MAC – Média e Alta Complexidade

MS – Ministério da Saúde

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

QUAL FOI O TRABALHO REALIZADO PELA CGU?	3
SUMÁRIO	5
INTRODUÇÃO	7
RESULTADOS DOS EXAMES	8
1. Insuficiência dos mecanismos existentes para a regulação interestadual de pacientes oncológicos no SUS	8
RECOMENDAÇÕES	15
CONCLUSÃO	16

INTRODUÇÃO

Trata-se de ação de controle voltada a avaliar a atuação da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) no processo de regulação do acesso a tratamentos oncológicos em estabelecimentos de saúde localizados em Unidades da Federação diferentes daquelas de residência do paciente. Sobre esse aspecto, a Portaria GM/MS nº 1.559/2008 (Portaria de Consolidação nº 2) estabelece que compete ao Ministério da Saúde a operacionalização da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), que é a ferramenta instituída no âmbito do SUS para a regulação do acesso nos casos em que os pacientes devem receber tratamentos em outros estados.

Trata-se de uma etapa da estratégia de avaliação, por parte da CGU, da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer no SUS. Essa ação de controle específica tem o propósito de responder à seguinte questão de auditoria: **O fluxo interestadual de pacientes oncológicos é viabilizado de forma eficaz pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade?**

Essa verificação se justifica pelo fato de haver déficit na oferta de tratamentos contra o câncer em diversas regiões do país, o que acarreta em um fluxo de pacientes entre os estados. Além disso, outros motivos podem levar os pacientes a buscar tratamentos em outros Estados, tais como condições geográficas, expectativa de receber tratamentos de melhor qualidade, questões familiares/pessoais, dentre outros. Fato é que cerca de 15 mil pacientes recorrem a esse fluxo interestadual por ano e que em grande parte das vezes, não há o devido acolhimento do paciente por parte do SUS.

Nesse contexto, essa auditoria utilizou dados relativos aos atendimentos ambulatoriais (quimioterapia e radioterapia) contidos no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), de modo a identificar onde mais ocorrem casos de pacientes tratados em Estados diferentes da sua residência. Essas informações foram comparadas com dados relativos ao funcionamento da CNRAC, de modo a avaliar se o Ministério da Saúde atua como regulador do acesso aos tratamentos oncológicos envolvendo mais de uma Unidade da Federação.

Esse relatório é composto por um achado de auditoria que trata da atuação da CNRAC frente ao fluxo de pacientes oncológicos registrado no SIA/SUS. Em seguida, são emitidas recomendações ao Ministério da Saúde voltadas a aprimorar o processo de regulação interestadual. A parte final desse relatório contém a conclusão sobre os exames efetuados, bem como a resposta à questão de auditoria.

RESULTADOS DOS EXAMES

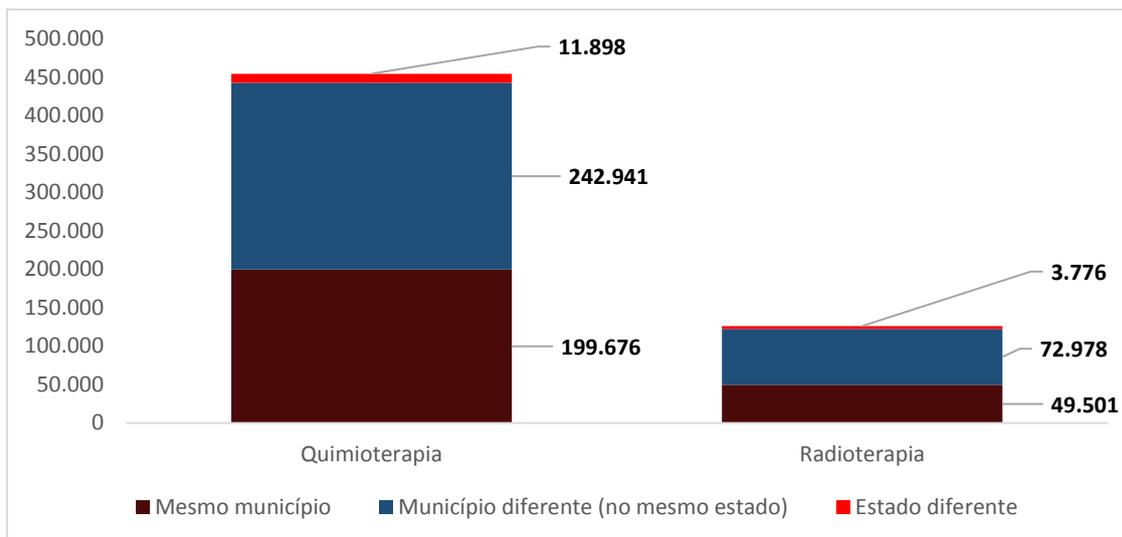
1. Insuficiência dos mecanismos existentes para a regulação interestadual de pacientes oncológicos no SUS

Os tratamentos contra o câncer no SUS são realizados em estabelecimentos de grande porte que possuem habilitação específica emitida pelo Ministério da Saúde para esse fim. Em dezembro de 2017, a rede de tratamento oncológico no Brasil era composta por 360 hospitais habilitados em oncologia, distribuídos em 182 municípios, sendo que mais de 40% desses hospitais são localizados em capitais. Esse arranjo indica que cerca de 96% dos municípios do Brasil não possuem estabelecimentos aptos para realizarem tratamentos contra o câncer pelo SUS.

Em termos populacionais, os 182 municípios que possuem hospitais habilitados contêm aproximadamente 83 milhões de habitantes, ou seja, cerca de 40% da população brasileira. Isso indica que mais de 120 milhões de brasileiros (60% do total) vivem em municípios que não ofertam tratamentos contra o câncer pelo SUS. No que diz respeito à radioterapia, somente 109 municípios no país ofertam esse tipo de tratamento. Nesse caso, cerca de 137 milhões de brasileiros (66% da população total) vivem em municípios que não ofertam tratamentos de radioterapia pelo SUS.

Como efeito dessa distribuição territorial dos serviços de saúde, a maior parte das pessoas que necessitam de tratamento contra o câncer deve buscá-lo em localidades diferentes daquelas onde moram. O gráfico a seguir indica o total de pacientes que foram submetidos a procedimentos de quimioterapia e de radioterapia em 2017, indicando a localidade onde os tratamentos foram realizados em relação ao município de residência do paciente.

Imagem 01: Gráfico acerca da localidade de atendimento dos pacientes oncológicos em relação aos seus domicílios.



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)

Os dados acima revelam a maioria dos pacientes que recebem tratamentos oncológicos no SUS são atendidos em hospitais localizados em municípios diferentes de seus municípios de origem. No caso da quimioterapia, 56% dos casos são de atendimentos em localidades diferentes da residência do paciente. Na radioterapia essa proporção supera 60% dos casos.

Importante destacar que isso não configura necessariamente um problema, uma vez que a estrutura exigida para a oferta de tratamentos oncológicos inviabiliza a desconcentração dos estabelecimentos para todo o território nacional. Nesse contexto, é esperado que os hospitais habilitados em oncologia estejam concentrados em municípios maiores, que devem funcionar como referência para os pacientes dos demais municípios daquela região.

Esse conceito de regionalização dos serviços de saúde implica na responsabilidade dos gestores públicos em promover e coordenar, mediante pactuação, o fluxo de pacientes aos serviços de saúde. Os encaminhamentos dos pacientes aos hospitais habilitados são, portanto, de responsabilidade do poder público, e não dos pacientes que, em muitos casos, buscam a assistência em municípios diferentes do seu de origem por conta própria.

O principal processo por meio do qual o SUS operacionaliza esse fluxo de pacientes é denominado “regulação do acesso”, conforme definição a seguir contida na Portaria GM/MS nº 1.559/2008 (Portaria de Consolidação nº 2), que institui a Política Nacional de Regulação do SUS:

[A Regulação do Acesso consiste no] “estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do

gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes”

Portanto, o fluxo intermunicipal de pacientes, quando dentro do mesmo estado, é de responsabilidade dos gestores estaduais do SUS e é realizado por meio do processo de regulação do acesso. A CGU está realizando ações de controle em todas as capitais voltadas a avaliar a regulação do acesso aos tratamentos oncológicos em todas as capitais do país. Essas ações de controle integram o projeto de avaliação da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer e serão concluídas e consolidadas em 2018.

O que se verifica, no entanto, é que a regulação de pacientes oncológico no nível interestadual é incipiente. Conforme indicado anteriormente, cerca de 12 mil pacientes realizaram tratamentos oncológicos pelo SUS em estados diferentes do seu domicílio em 2017. Nos dois tipos de tratamentos analisados (quimioterapia e radioterapia), o estado de Minas Gerais é o que mais teve habitantes tratados em outros estados. Outros estados como Goiás, Mato Grosso do Sul, Bahia e Mato Grosso também configuram como as principais “origens” dos pacientes que foram tratados em estados diferentes do seu de residência, conforme informações do SIA/SUS. O quadro a seguir indica, em termos absolutos, os dez principais estados de “origem” desses pacientes.

Quadro 01: Estados de residência dos pacientes oncológicos que foram tratados em outras unidades da federação em 2017

PRINCIPAIS ESTADOS DE "ORIGEM"					
QUIMIOTERAPIA			RADIOTERAPIA		
ESTADO	QTDE	%	ESTADO	QTDE	%
Minas Gerais	2486	21%	Minas Gerais	731	19%
Goiás	2199	18%	Goiás	576	15%
Bahia	1332	11%	Tocantins	394	10%
Mato Grosso do Sul	1045	9%	Mato Grosso do Sul	342	9%
Maranhão	833	7%	Maranhão	313	8%
Mato Grosso	599	5%	Mato Grosso	208	6%
Pará	556	5%	Amapá	139	4%
Rio de Janeiro	400	3%	Pará	133	4%
Paraná	355	3%	Acre	127	3%
Tocantins	331	3%	Bahia	127	3%
Outros	1762	15%	Outros	686	18%
TOTAL	11.898	100%	TOTAL	3.776	100%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)

Já o quadro a seguir indica os estados que mais receberam pacientes de outras unidades da federação para o tratamento oncológico.

Quadro 02: Estado que mais receberam pacientes oncológicos em 2017 residentes em outras unidades da federação

PRINCIPAIS ESTADOS DE "DESTINO"					
QUIMIOTERAPIA			RADIOTERAPIA		
ESTADO	QTDE	%	ESTADO	QTDE	%
São Paulo	5934	50%	São Paulo	2090	55%
Pernambuco	1093	9%	Maranhão	343	9%
Distrito Federal	1045	9%	Piauí	281	7%
Paraná	692	6%	Paraná	224	6%
Piauí	690	6%	Rondônia	181	5%
Minas Gerais	357	3%	Minas Gerais	111	3%
Amapá	268	2%	Ceará	109	3%
Santa Catarina	214	2%	Pernambuco	74	2%
Tocantins	210	2%	Distrito Federal	74	2%
Sergipe	200	2%	Espírito Santo	34	1%
Outros	1195	9%	Outros	255	7%
TOTAL	11.898	100%	TOTAL	3.776	100%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)

Dos mais de 15 mil pacientes que receberam tratamento oncológico ambulatorial em outros estados (quimioterapia e radioterapia), mais de 6 mil foram tratados no Hospital de Amor (antigo Hospital do Câncer de Barretos), vinculado à Fundação Pio XII. Além da unidade de Barretos/SP, existe uma unidade no município de Jales/SP, que atendeu mais de 500 pacientes oncológicos originários de outros estados.

O quadro a seguir indica os oito estabelecimentos de saúde que mais receberam pacientes oncológicos de outros estados. Juntos, eles representam quase 70% dos pacientes tratados em estados diferentes da sua residência.

Quadro 03: Estabelecimentos que mais ofertaram tratamento oncológico a pacientes residentes em outras unidades da federação em 2017

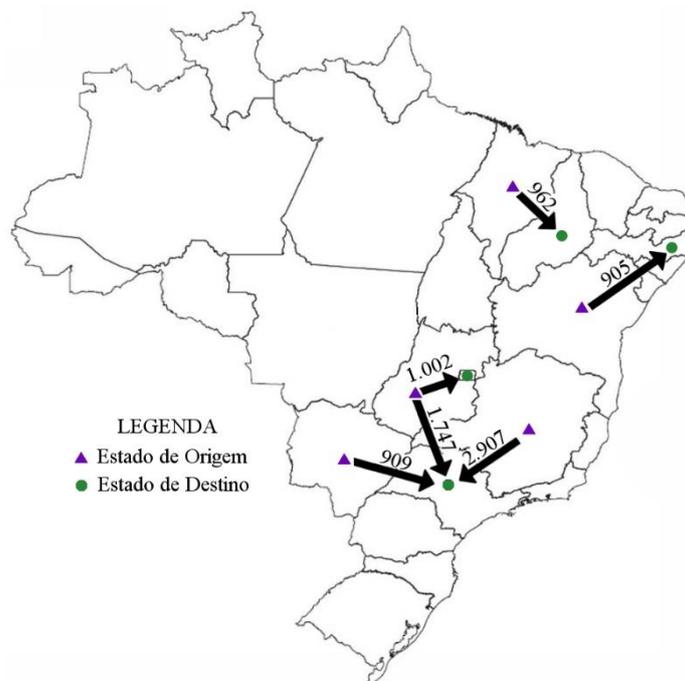
ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIO	UF	QTDE PACIENTES
Fundação PIO XII	Barretos	SP	6610
Hospital São Marcos	Teresina	PI	965
Hospital Dom Malam	Petrolina	PE	862
Hospital de Base	Brasília	DF	606
Fundação PIO XII	Jales	SP	541
CEONC	Cascavel	PR	490
Hospital do Câncer de Muriaé	Muriaé	MG	402
Oncocardium	Imperatriz	MA	348

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)

O fluxo interestadual de pacientes oncológicos com a maior quantidade de ocorrências é de Minas Gerais para São Paulo, seguido pelo fluxo de Goiás para São Paulo. Dos 4.654 pacientes de MG e GO atendidos em SP, 4.220 (90,6%) foram tratados nas unidades do

Hospital de Amor (Barretos/SP e Jales/SP). O mapa a seguir representa os principais fluxos interestaduais de pacientes oncológicos no país em 2017.

Imagem 02: Mapa com a representação dos principais fluxos interestaduais de pacientes oncológicos no SUS em 2017



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)

Assim como a Portaria GM/MS nº 1.559/2008 (Portaria de Consolidação nº 2) estabelece que a regulação do acesso ao tratamento dentro de uma mesma UF é de competência dos gestores estaduais, a regulação do acesso nos casos em que os pacientes devem receber tratamentos em outros estados deve ocorrer no âmbito da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), cabendo ao Ministério da Saúde a sua operacionalização, conforme Portarias GM/MS nº 2.309/2001 e 1.559/2008. Nesse contexto, a CNRAC é a única ferramenta já instituída que possibilita a regulação interestadual de pacientes oncológicos no SUS.

Considerando as informações do SIA/SUS que revelam que mais de 15 mil pacientes receberam tratamentos oncológicos em estados diferentes da sua residência, foram solicitadas informações ao Ministério da Saúde acerca da atuação da CNRAC no período no que diz respeito aos tratamentos oncológicos. Em resposta, o Ministério da Saúde informou que 52 pacientes foram regulados pela CNRAC em 2017 para quimioterapia e/ou radioterapia. Isso indica que somente 0,3% dos pacientes oncológicos tratados em outros estados foram regulados pela CNRAC.

Sobre esse aspecto, o Ministério da Saúde argumenta que a atuação da CNRAC se dá quando há ausência ou insuficiência da oferta dos procedimentos no âmbito do Estado. De acordo com a Portaria SAS/MS nº 688/2017, a ausência de oferta do procedimento se configura quando não existem serviços de saúde habilitados pelo Ministério da Saúde no Estado. Já a insuficiência consiste na ausência de produção do referido procedimento no Estado, mesmo havendo estabelecimentos habilitados.

Além da ausência ou insuficiência da oferta de procedimentos, o outro requisito para que o procedimento possa ser regulado pela CNRAC é este contenha um atributo específico na Tabela SUS. Sobre esse aspecto, convém destacar que existem 175 procedimentos na Tabela SUS relacionados à quimioterapia e à radioterapia (código 03.04). Desses, 15 possuem o atributo da CNRAC.

Dos 15 procedimentos de quimioterapia e de radioterapia com o atributo CNRAC, 3 não foram realizados no SUS em 2017, 2 foram ofertados em nível ambulatorial e 10 foram ofertados em nível hospitalar. Esses procedimentos com o atributo da CNRAC representam cerca de 6% do total de tratamentos de radioterapia e de quimioterapia realizados no SUS em 2017. Percebe-se, portanto, que os principais procedimentos oncológicos não possuem o atributo da CNRAC.

No caso da radioterapia, os procedimentos relacionados ao tratamento por meio de aceleradores lineares (códigos 03.04.01.029-4 e 03.04.01.028-6) representam mais de 75% dos tratamentos radioterápicos realizados no SUS. Esses procedimentos não possuem o atributo da CNRAC, apesar do notório déficit na oferta desse tipo de tratamento em diversas regiões do país. Os estados do Acre, de Roraima, do Amapá e do Tocantins, por exemplo, não ofertaram esses tratamentos em 2017 (de acordo com informações do SIA/SUS).

Além desses estados que não ofertam tais procedimentos pelo SUS, diversas outras localidades apresentam déficit na oferta de procedimentos de radioterapia com aceleradores lineares. Quanto a esse aspecto, o Ministério da Saúde informou que existem 272 aceleradores lineares nos hospitais habilitados em oncologia no SUS, enquanto que a necessidade para o país é de 506 equipamentos. Pela estimativa do Ministério da Saúde, todos os estados possuem déficit desse tipo de equipamento, em que pese a situação em algumas localidades se mostrarem mais desfavoráveis do que em outras.

Quadro 04: Estimativa de déficit de aceleradores lineares no SUS, por UF.

SITUAÇÃO	UF
SEM ACELERADORES LINEARES	AP, RR, TO
MENOS DE 40% DA QUANTIDADE DE ACELERADORES NECESSÁRIA	MA, PA, RO, PE, MT, GO, AL, PI, AM

ENTRE 40% E 59% DA QUANTIDADE DE ACELERADORES NECESSÁRIA	SE, RJ, SC, BA, RS, DF, AC*, CE, RN
ACIMA DE 60% DA QUANTIDADE DE ACELERADORES NECESSÁRIA	MS, SP, PR, PB, ES, MG

Fonte: Nota Técnica nº 1.017/2018- CGAE/DAET/SAS/MS

* O estado do Acre possui um acelerador linear, apesar de não ter apresentado produção correspondente no ano de 2017.

Nesse contexto, os pacientes residentes em estados que se encontram em situação crítica quanto à quantidade de aceleradores lineares, tais como os que possuem menos de 40% do necessário, não poderiam ser regulados pela CNRAC, uma vez que esses estados não se enquadram nos critérios de ausência ou insuficiência de oferta descritos na Seção III da Portaria SAS/MS nº 688/2017. De igual modo, nenhum estado se enquadra nesse critério quanto à oferta de tratamentos de quimioterapia, uma vez que todos os estados possuem pelo menos um estabelecimento habilitado em oncologia.

Em decorrência disso, percebe-se que existem pacientes que buscam, normalmente por conta própria, tratamentos oncológicos em estados diferentes do seu de origem (mais de 15 mil pessoas em 2017). Essa quantidade certamente seria maior caso houvessem ferramentas de regulação interestadual de pacientes do SUS em funcionamento. Em que pese ser a única ferramenta instituída para esse fim, a CNRAC, em sua configuração atual, não tem sido útil para ampliar o acesso ao tratamento oncológico por meio do fluxo interestadual de pacientes.

Sobre esse achado de auditoria, o Ministério da Saúde argumenta que “os mecanismos de regulação interestadual não devem ser distintos daqueles adotados para a regulação interna de cada estado ou município, ao contrário, devem estar absolutamente integrados”. Afirma, ainda, que “a CNRAC não regula o acesso aos serviços de saúde, competindo-lhe intermediar a referência interestadual”.

Sobre o marcador (atributo) referente à CNRAC na Tabela SUS, o Ministério da Saúde argumenta que todos os estados possuem ao menos um serviço com habilitação para atenção oncológica. Por esse motivo, argumenta que é de responsabilidade do gestor local do SUS encontrar “soluções para que o paciente seja atendido, seja no território sob sua gestão, seja em outro município ou estado, por meio de contratualização entre gestores”.

RECOMENDAÇÕES

1 – Incluir, como hipótese para a atuação da CNRAC, a existência de demanda reprimida para o tratamento oncológico na região que acarrete tempo de espera superior a 60 dias para a realização do procedimento.

Achado nº 1

2 – Ajustar o funcionamento da CNRAC de modo a permitir a atuação em relação a procedimentos financiados por meio do Teto MAC, inclusive com a possibilidade de dedução dos valores federais transferidos ao ente de origem do paciente.

Achado nº 1

CONCLUSÃO

Com base nos resultados dessa auditoria, verifica-se que **o fluxo interestadual de pacientes oncológicos não é viabilizado pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade**. Foi constatado que existem localidades que não ofertam procedimentos oncológicos em quantidade compatível com a demanda estimada, o que contribui para a existência de fluxo de pacientes oncológicos entre diferentes estados do país. Nesse contexto, cerca de 15 mil pessoas por ano buscam tratamento em outros estados, principalmente em São Paulo.

Apesar disso, as regras para o funcionamento da CNRAC impedem que essa ferramenta seja utilizada para coordenar o fluxo interestadual de pacientes oncológicos, uma vez que a CNRAC somente atua quando não há estabelecimentos habilitados para a realização daquele procedimento no estado ou quando o procedimento não é ofertado durante doze meses. Dessa forma, a CNRAC não abarca os casos em que há a oferta de procedimentos, mas que esta é insuficiente, como ocorre, por exemplo, na radioterapia com acelerador linear.

Nesse contexto, a oferta de tratamento em estados diferentes dos de residência dos pacientes é uma alternativa para mitigar os efeitos da defasagem por tratamentos oncológicos existente em diversas regiões do país. Entretanto, a SAS/MS argumenta que esse fluxo é de competência dos gestores locais do SUS. Esse entendimento potencializa o risco de que o paciente não tenha acesso ao tratamento por inércia dos gestores locais do SUS, uma vez que os instrumentos de cooperação interfederativa no SUS se mostram incipientes em diversas situações.

A CNRAC é uma ferramenta já instituída e em funcionamento capaz de coordenar o fluxo de pacientes oncológicos dentro do território nacional, sobretudo enquanto houver déficit na oferta de tratamentos oncológicos em diversas regiões e quando a articulação entre os gestores locais não for suficiente para otimizar a capacidade instalada dos hospitais habilitados frente à demanda por tratamentos.

VI – RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 201801209



CGU

Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Secretaria de Atenção à Saúde

Exercício 2017

09 de julho de 2018

Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União - CGU
Secretaria Federal de Controle Interno

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Órgão: **MINISTERIO DA SAUDE**

Unidade Examinada: **Secretaria de Atenção à Saúde**

Município/UF: **Brasília/Distrito Federal**

Ordem de Serviço: **201801209**

Missão

Promover o aperfeiçoamento e a transparência da Gestão Pública, a prevenção e o combate à corrupção, com participação social, por meio da avaliação e controle das políticas públicas e da qualidade do gasto.

Relatório de Avaliação dos Resultados da Gestão

Consiste na avaliação da gestão de órgãos e entidades da Administração Pública do Poder Executivo Federal por meio de um macroprocesso diretamente relacionado ao cumprimento da missão institucional da unidade avaliada.

QUAL FOI O TRABALHO REALIZADO PELA CGU?

Por meio desse relatório, apresentam-se os resultados da auditoria referente à atuação do Ministério da Saúde como gestor central da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer no SUS (PNPCC).

O objetivo foi avaliar se o Ministério da Saúde utiliza as ferramentas adequadas para monitorar as ações executadas no âmbito da PNPCC, inclusive quanto ao alinhamento entre sua

POR QUE A CGU REALIZOU ESSE TRABALHO?

Esse trabalho integra uma estratégia de avaliação sistemática da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer no SUS, na qual a CGU avalia diversos aspectos relacionados à atuação do Ministério da Saúde nessa política.

Sobre isso, percebe-se que existem carências na oferta de tratamento contra o câncer em diversas regiões do país, o que demanda a atuação conjunta e coordenada dos agentes públicos do SUS em todas as esferas federativas.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde atua como gestor central da PNPCC, provendo recursos a serem empregados nas ações de prevenção e combate ao câncer, além de uma série de ações de caráter estratégico e tático para essa Política, tais como a habilitação de estabelecimentos e a incorporação de tecnologias.

atuação e os objetivos da Política.

Além disso, buscou-se avaliar a adoção de providências diante de situações que prejudicam o alcance dos objetivos da PNPCC.

QUAIS AS CONCLUSÕES ALCANÇADAS PELA CGU? QUAIS AS RECOMENDAÇÕES QUE DEVERÃO SER ADOTADAS?

Os resultados dessa auditoria indicam que o Ministério da Saúde não possui uma estrutura de governança suficiente para monitorar com objetividade a sua atuação como gestor central da PNPCC. A sua atuação em questões operacionais prejudica o monitoramento dessa Política em nível nacional.

Nesse sentido, verificou-se que a atuação do Ministério da Saúde não tem sido suficiente para expandir a oferta de tratamentos oncológicos para regiões onde não há hospitais que prestem esse tipo de atendimento (vazios assistenciais). Verificou-se, também, que as estratégias utilizadas para monitorar a oferta de tratamentos contra o câncer no SUS carecem de aprimoramento.

Nesse contexto, foram emitidas recomendações voltadas a aprimorar a atuação do Ministério da Saúde como gestor estratégico e tático da PNPCC, incluindo mudanças na metodologia de monitoramento das ações e na adoção de providências diante de situações indesejadas.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CACON – Centro de Assistência Especializada em Oncologia

CEONC – Centro de Oncologia de Cascavel

CGAE – Coordenação-Geral de Atenção Especializada

CGU – Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

CID – Código Internacional de Doenças

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DAET – Departamento de Atenção Especializada e Temática

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

GM – Gabinete do Ministro/MS

IBCC – Instituto Brasileiro de Controle do Câncer

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INCA – Instituto Nacional do Câncer

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

ION – Instituto de Oncologia da Bahia

MAC – Média e Alta Complexidade
MS – Ministério da Saúde
PAS – Programação Anual de Saúde
PNPCC – Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
PNS – Plano Nacional de Saúde
RAG – Relatório Anual de Gestão
RHC – Registros Hospitalares de Câncer
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SIOP – Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento
SUS – Sistema Único de Saúde
UNACON – Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
RESULTADOS DOS EXAMES	13
1. Considerações sobre os objetivos, as metas e os indicadores da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no SUS	13
2. Quantidade insuficiente de hospitais que realizam atendimento oncológico pelo SUS em diversas regiões do país	20
3. Existência de hospitais que ofertam tratamento contra o câncer em quantitativo inferior ao mínimo estabelecido pelo Ministério da Saúde	32
RECOMENDAÇÕES	42
CONCLUSÃO	43

INTRODUÇÃO

Trata-se de ação de controle voltada a avaliar a atuação da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) como gestor central da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer no SUS, conforme Portaria GM/MS nº 874/2013 e Portaria SAS /MS nº 140/2014. Trata-se de uma etapa da estratégia de avaliação, por parte da CGU, da PNPCC. Essa ação de controle específica tem o propósito de responder às seguintes questões de auditoria:

Foram instituídos indicadores e metas para o monitoramento da Política Nacional de Controle e Combate ao Câncer?

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) atua na organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas de forma a compatibilizar a oferta e a demanda por procedimentos de oncologia e ampliar o acesso ao tratamento oncológico no país?

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotou as devidas providências nos casos em que a oferta de tratamentos oncológicos no SUS ficou aquém do esperado?

Essas verificações assumem grande importância em um contexto onde há grandes desafios a serem enfrentados pela Administração Pública no que diz respeito à provisão de ações e serviços relacionados à oncologia no SUS, seja pela necessidade de ampliar a cobertura da assistência oncológica, seja pelos desafios para garantir a sustentabilidade econômica do setor.

Nesse contexto, essa auditoria utilizou dados contidos em sistemas de informações oficiais do SUS para avaliar a configuração atual da rede de atenção oncológica no SUS, identificando as localidades com maior carência por hospitais oncológicos, bem como aqueles hospitais que apresentam produtividade abaixo do esperado. Essas informações são consideradas para analisar de que forma o Ministério da Saúde tem atuado para mitigar essas situações que prejudicam os objetivos da PNPCC.

Esse relatório é composto por três achados de auditoria, sendo que o primeiro trata especificamente do monitoramento exercido pelo Ministério da Saúde acerca da PNPCC. Em seguida, são apresentadas informações acerca da distribuição territorial dos serviços de oncologia no Brasil, destacando as localidades com maior carência. O terceiro achado de auditoria trata do quantitativo de procedimentos oncológicos ofertados pelos hospitais habilitados no SUS e das providências cabíveis nessas situações. A parte final desse relatório contém a conclusão sobre os exames efetuados, bem como as respostas às questões de auditoria.

RESULTADOS DOS EXAMES

1. Considerações sobre os objetivos, as metas e os indicadores da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no SUS

A oferta de tratamentos contra o câncer no SUS consiste em um dos principais produtos da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), que é uma estratégia nacional de enfrentamento do câncer no SUS, por meio da atuação integrada e coordenada entre União, Estados e Municípios. De acordo com o art. 2 da Portaria GM/MS nº 874/2013, os objetivos da PNPCC são:

- Redução da mortalidade causada pelo câncer;
- Redução dos casos de incapacidade causadas pelo câncer;
- Diminuição da incidência de alguns tipos de câncer
- Melhoria da qualidade de vida dos portadores de câncer

Ainda de acordo com essa portaria, a busca por tais objetivos será feita por meio da realização de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. A divisão de responsabilidades e de competências entre os três níveis de gestão (federal, estadual e municipal) é feita com base na definição de responsabilidades comuns aos três entes (art. 21) e de responsabilidades específicas (art. 22 a 24).

O quadro a seguir sintetiza algumas das principais responsabilidades e competências na PNPCC definidas na Portaria GM/MS nº 874/2013.

Quadro 01: Competências federativas na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer

COMPETÊNCIAS COMUNS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESTADOS, DF E MUNICÍPIOS)		
Organizar as redes de atenção oncológica		
Garantir infraestrutura nos estabelecimentos que prestam atendimento em oncologia pelo SUS		
Garantir o financiamento das ações em oncologia		
Monitorar e avaliar os serviços e as ações realizadas		
Promover a articulação interfederativa		
Garantir a formação e qualificação dos profissionais		
Regular o acesso dos pacientes às ações em oncologia		
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS		
MINISTÉRIO DA SAÚDE	ESTADOS E DISTRITO FEDERAL	MUNICÍPIOS
Apoiar Estados e Municípios na oferta de ações serviços em oncologia	Desenvolver e implantar planos regionais em oncologia	Planejar e programar as ações e os serviços em oncologia
Planejar e programar as ações e serviços de saúde em nível nacional	Promover a regulação do acesso em nível regional	Promover a regulação do acesso em nível local

Consolidar e divulgar informações sobre a atenção oncológica	Garantir registros nos sistemas informatizados	Garantir registros nos sistemas informatizados
Definir diretrizes, protocolos e incorporar tecnologias	Gerenciar os estabelecimentos estaduais	Gerenciar os estabelecimentos municipais
Habilitar serviços em oncologia		

Fonte: Elaboração própria, com base na Portaria GM/MS nº 874/2013

No que diz respeito especificamente à oferta de tratamentos contra o câncer, percebe-se que a gestão dos hospitais habilitados é de competência dos gestores estaduais e municipais, cabendo ao Ministério da Saúde principalmente o apoio para a organização das redes de atenção, a definição de diretrizes para tratamentos, a gestão estratégica das informações produzidas etc.

Percebe-se, portanto, que as ações de cunho operacionais são desempenhadas principalmente pelos estados e pelos municípios, enquanto que é reservado ao Ministério da Saúde a atuação como ator central da gestão tática e estratégica da PNPCC. Um grande desafio que surge nesse cenário é a definição clara dos papéis de cada ente na PNPCC (competências) e como eles devem atuar de forma harmônica e coordenada na busca pelos objetivos definidos (articulação interfederativa).

Fazendo um paralelo com a teoria do planejamento estratégico, é possível interpretar a PNPCC dentro de três dimensões: (i) Dimensão Estratégica: tendo como foco os objetivos da política pública; (ii) Dimensão Tática: definição de “como” e “onde” as ações serão realizadas – definição dos insumos (inputs) a serem empregados na política; e (iii) Dimensão Operacional: execução das tarefas (atividades) necessárias para o sucesso da política. A imagem a seguir indica como essas dimensões podem ser identificadas dentro da PNPCC.

Imagem 01 – Dimensões da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer



Fonte: Elaboração própria, com base na Portaria GM/MS nº 874/2013

Convém destacar que esse modelo de dimensões da PNPCC foi elaborado pela equipe de auditoria da CGU para sustentar o raciocínio sobre as competências e a atuação do Ministério da Saúde na execução dessa política. Não se trata, portanto, de um produto oficial da PNPCC e tampouco se destina a tratar todas as atividades afetas à essa política de forma exaustiva. Destina-se, basicamente, a ilustrar que compete ao Ministério da

Saúde atuar principalmente sobre as dimensões estratégica (“por quê fazer”) e tática (“como fazer”), sendo que a dimensão operacional (“o que fazer”) fica a cargo dos entes subnacionais.

Ainda no que diz respeito ao planejamento estratégico da PNPCC, a Portaria GM/MS nº 874/2013 estabelece que devem ser instituídos parâmetros, metas e indicadores destinados à avaliação e ao monitoramento da Política, e que esses deverão constar nos principais instrumentos de gestão utilizados no SUS, quais sejam: Planos de Saúde (etapa de planejamento), Programações Anuais de Saúde (etapa de programação) e Relatórios Anuais de Gestão (etapa de prestação de contas).

Visando avaliar como a PNPCC é tratada nesses instrumentos, foram analisados (i) o Plano Nacional de Saúde para os anos de 2016-2019, (ii) a Programação Anual de Saúde do Ministério da Saúde para o ano de 2017 e o (iii) Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde referente ao exercício 2017. Seguem informações sobre cada um desses instrumentos

(i) PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 2016-2019: Esse documento possui três metas diretamente relacionadas à PNPCC, sendo duas relacionadas à ampliação da oferta de procedimentos diagnóstico (realização de 15 milhões de mamografias e de 30 milhões de exames citopatológicos) e uma relacionada à ampliação da oferta de tratamentos (implantar 80 soluções de radioterapia). Quanto aos indicadores, foram instituídos dois com relação direta com a PNPCC, são eles: Taxa de Mortalidade Específica por Neoplasias Malignas e Taxa de Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Destaca-se que esse documento não indica as metas para cada um desses indicadores. Destaca-se, também, que essas metas e indicadores contidos no Plano Nacional de Saúde 2016-2019 são as mesmas contidas no Plano Plurianual 2016-2019 do Governo Federal.

(ii) PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS) 2017: Esse documento, que visa operacionalizar as metas contidas no Plano Nacional de Saúde, indica quantas mamografias (3,4 milhões) e quantos exames citopatológicos (7,5 milhões) devem ser realizados em 2017. Indica também que a meta para o ano era de implantar 20 das 80 soluções de radioterapia previstas. Não há menção aos indicadores (taxas de mortalidade) instituídos no Plano Nacional de Saúde.

(iii) RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG) 2017: Nesse documento consta o resultado das metas contidas no PAS 2017. Foram realizadas 2,6 milhões das 3,4 milhões de mamografias programadas e 6,8 milhões dos 7,5 milhões de exames citopatológicos previstos. Além disso, 4 das 20 soluções de radioterapia previstas para o exercício foram entregues. Quanto às taxas de mortalidade específica por neoplasias malignas e prematura por DCNT, o RAG indica que houve aumento na primeira e diminuição na segunda (em relação ao ano de 2013). Não constam outras informações sobre oncologia nesse documento.

Em suma, os instrumentos oficiais de planejamento e gestão do SUS no nível federal tratam das ações de controle e combate ao câncer em 5 pontos: diagnóstico do câncer de mama, diagnóstico do câncer de colo do útero, expansão da oferta de radioterapia, mortalidade específica por câncer e mortalidade prematura por doenças crônicas.

Nesse sentido, foi solicitado à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) maiores informações sobre as metas e os indicadores utilizados por aquela unidade para monitorar o alcance dos objetivos da PNPCC, especificamente quanto à oferta de tratamentos oncológicos. Em resposta, a SAS/MS informou que considera os parâmetros contidos na Portaria SAS/MS nº 140/2014, que indica que deve haver um estabelecimento habilitado para cada 500 mil habitantes ou a cada 900 casos novos de câncer por ano. Informou também que cada hospital habilitado deve realizar 650 cirurgias oncológicas, 5.300 procedimentos de quimioterapia e 43.000 campos de radioterapia por equipamento instalado ao ano.

A SAS/MS argumentou, ainda, que as metas das ações e serviços a serem ofertados por cada hospital habilitado “devem ser estabelecidas localmente, mediante os contratos e/ou convênios realizados com os gestores locais”.

Quanto aos indicadores utilizados, a SAS/MS citou indicadores contidos na Portaria SAS/MS nº 140/2014, tais como a mediana do tempo para início do tratamento e o número de novos casos de câncer registrados no RHC. Além desses, informou que utiliza alguns indicadores para a “avaliação hospitalar e ambulatorial em oncologia”. Esses indicadores podem ser sintetizados da seguinte forma:

- Abrangência da assistência oncológica hospitalar
- Valor médio da quimioterapia
- Valor médio das cirurgias oncológicas
- Quantidade de Campos de radioterapia por planejamento
- Proporção de cirurgias oncológicas por especialidade (um indicador por especialidade)
- Percentual de cada tipo de quimioterapia em relação ao total de quimioterapias realizadas (um indicador para cada tipo)
- Proporção de cirurgias com CID de câncer
- Percentual de tratamentos de intercorrências clínicas

Ao todo, foram apresentados 34 indicadores que se enquadram nas categorias supracitadas. Ainda sobre isso, a SAS/MS informou que “os indicadores de 2016 e 2017 estão em processo de elaboração e assim que finalizados serão encaminhados para os gestores locais”.

Isso revela que o processo de monitoramento da oferta de tratamentos no âmbito da PNPCC pelo Ministério da Saúde apresenta fragilidades, tais como as seguintes:

1 – Intempestividade das informações: Apesar de apresentar os indicadores, o Ministério da Saúde informou que em 2018 ainda não concluiu a apuração referente a 2016.

2 – Foco inadequado: Os indicadores apresentados pela SAS/MS se referem basicamente à quantidade de procedimentos realizados pelos hospitais habilitados, ou seja, se referem à Dimensão Operacional da PNPCC, que diz respeito basicamente à atuação dos gestores estaduais e municipais do SUS. Não foram apresentados indicadores relacionados às Dimensões Tática e Estratégica da Política, tais como a proporção de pacientes atendidos em relação ao total estimado, a quantidade de

pacientes atendidos no SUS que possuem planos de saúde, dentre outros. Por isso, os indicadores apresentados possuem baixa utilidade para as tomadas de decisões de competência do Ministério da Saúde, que normalmente possuem alcance nacional.

3 – Falta de desagregabilidade e historicidade: Além das duas fragilidades supracitadas, observa-se que os indicadores não apresentam plenamente dois atributos básicos de um indicador: a desagregabilidade e a historicidade. A desagregabilidade consiste na possibilidade de extrair informações desagregadas dos indicadores em termos geográficos, socio-demográficos e socioeconômicos. Para o gestor no nível nacional (Ministério da Saúde), é fundamental que os indicadores permitam análises desagregadas (exemplo: quais as regiões do país onde são realizadas poucas cirurgias oncológicas em relação à incidência prevista?). Já a historicidade diz respeito à existência de séries históricas que permitam a comparação das situações observadas ao longo do tempo, inclusive para inferir tendências. Para mais sobre atributos dos indicadores, ver Paulo Jannuzzi – Indicadores Sociais no Brasil.

Isso indica que a SAS não instituiu processo interno voltado ao monitoramento da PNCC por meio de indicadores, sobretudo quanto a aspectos estratégicos e táticos.

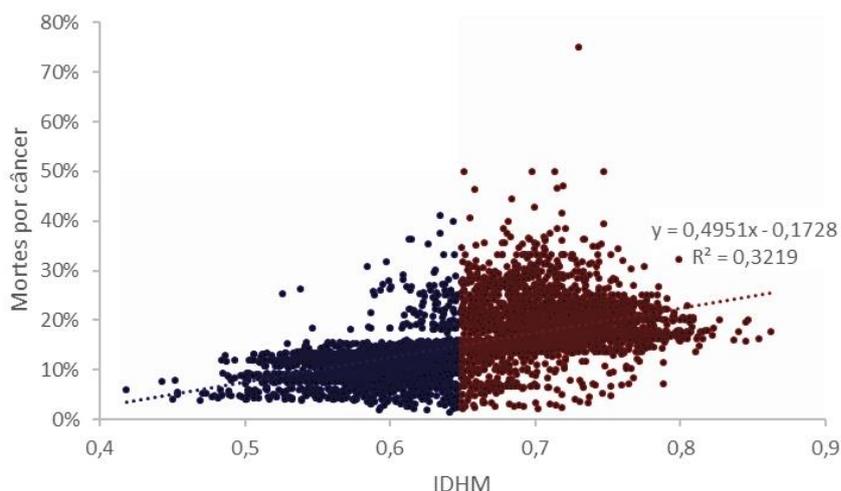
Cabe destacar que o combate ao câncer é um tema explorado por diversos atores no Brasil e no mundo e, por isso, existem diversos estudos, concluídos ou em andamento, capazes de subsidiar decisões nos níveis estratégico e operacional da PNCC. Além disso, existem diversas fontes de dados relacionados ao câncer e às respectivas estratégias de combate, o que permite a construção de um sistema de monitoramento robusto, sem a necessidade de coletar um grande volume de informações adicionais.

Uma estratégia interessante a ser adotada em um contexto como o de políticas contra o câncer, onde há diversas informações disponíveis e estudos produzidos, é estruturar um processo de meta-análise voltada à política pública. Com isso, a Administração Pública pode absorver parte do conhecimento produzido por outros atores (tais como universidades, institutos de pesquisas, organizações da sociedade civil etc.) de modo a utilizá-lo como subsídio para a tomada de decisão.

Além da meta-análise, é possível utilizar dados oficiais (sejam específicos sobre saúde ou afetos a outras áreas) para construir indicadores úteis para a gestão estratégica e tática da PNCC. Seguem breves análises sobre como os principais objetivos da PNCC (dimensão estratégica) podem ser monitorados por meio de dados oficiais e como essas informações podem gerar *insights* ou subsidiar decisões no nível nacional da PNCC

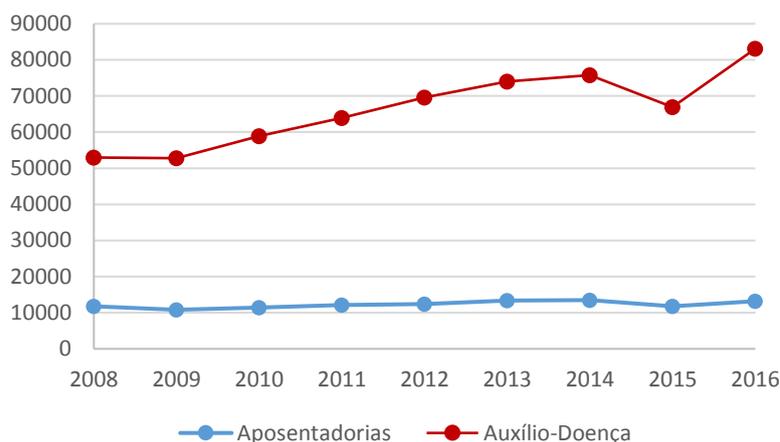
- **Redução da mortalidade causada pelo câncer:** A mortalidade é um dos principais aspectos relacionados à PNCC e, por isso, deve ser monitorada de forma intensa e detalhada pelo Ministério da Saúde. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que representa a principal fonte de dados para a análise sobre a mortalidade no Brasil indica que mais de 200 mil pessoas morrem em decorrência do câncer a cada ano. Em 2016, esse quantitativo representou cerca de 16% do total de mortes registradas no país. O gráfico a seguir indica a evolução das mortes causadas por câncer em relação ao total de mortes registradas no SIM entre 2006 e 2016. Nos estados do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e no Distrito Federal, essa proporção foi superior a 20% em 2016. Se compararmos os dados sobre mortalidade entre 2006 e 2016, percebe-se que somente nos estados de Roraima e do Rio Grande do Norte a proporção de mortes causadas pelo câncer em comparação ao total de

morte foi inferior em 2006 em comparação a 2016. Em termos absolutos, a quantidade de mortes causadas pelo câncer aumentou em todos os estados brasileiros nesse período. No Rio Grande do Sul, por exemplo, o total de mortes causadas pelo câncer saltou de 15.187 para 18.655 em 2017. Esses dados estão em consonância com a premissa de que há correlação entre mortalidade causada pelo câncer e nível de desenvolvimento da população. O gráfico abaixo, elaborado com informações do SIM e do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) calculado pelo IBGE ilustra essa relação.



Cada ponto do gráfico representa um município brasileiro e a relação entre as duas variáveis analisadas (mortes por câncer e IDHM). Os pontos em vermelho representam os municípios com IDHM superior a 0,65 (municípios mais desenvolvidos). Já os pontos em azul representam os municípios com IDHM inferiores a 0,65. Percebe-se que o câncer é a causa de 20% ou mais das mortes registradas em 36% dos municípios marcados em vermelho. Já no grupo em azul, o câncer representa 20% ou mais das mortes registradas em somente 4% dos municípios. Essa correlação entre desenvolvimento social e mortalidade por câncer, intensamente discutida na academia, indica que o Ministério da Saúde deve considerar esse fator (desenvolvimento social) ao decidir sobre a expansão de serviços

- **Redução dos casos de incapacidade causadas pelo câncer:** Uma forma de monitorar esse aspecto é por meio da concessão de benefícios pela previdência social. Os dados disponibilizados pelo INSS indicam que foram concedidos mais de 80 mil auxílios-doença decorrentes do câncer em 2016 e cerca de 13 mil aposentadorias por invalidez. O gráfico a seguir indica a quantidade desses benefícios concedidos entre 2008 e 2016 pelo INSS decorrentes do câncer



Isso indica que, assim como ocorre em relação à mortalidade, os casos de incapacidade causadas pelo câncer não têm reduzido nos últimos anos. Nesse sentido, cabe ao Ministério da Saúde, dentre outras ações, fomentar a empregabilidade de pessoas com câncer.

- **Diminuição da incidência de alguns tipos de câncer:** Sobre esse aspecto, os dados do INCA indicam que a incidência de câncer é crescente no país. A estimativa é de que ocorram 582 mil novos casos de câncer em 2018, o que representa uma taxa de 280 novos casos para cada 100 mil habitantes no país. A estimativa para 2008 era de 243 novos casos para cada 100 mil habitantes, ou seja, um aumento de 15% na incidência de câncer nos últimos dez anos.

Essas breves considerações sobre mortalidade, incapacidade e incidência de câncer indicam a tendência de crescimento desses eventos, o que vai de encontro aos objetivos da PNPCC. Mais do que isso, servem para ilustrar a importância da compatibilização entre os indicadores utilizados pelo Ministério da Saúde (como por exemplo para monitorar a oferta de tratamentos contra o câncer) e os objetivos estratégicos da PNPCC. Nesse contexto, o conjunto de metas e indicadores devem estar intimamente ligado aos objetivos, sejam esses objetivos estratégicos ou outros dentro da dimensão tática. Daí a importância de se estabelecer e de se formalizar esses instrumentos (objetivos, metas e indicadores) dentro da PNPCC.

Além da dimensão estratégica, é fundamental a instituição de objetivos, metas e indicadores relacionados à dimensão tática da PNPCC (tais como a formação de redes, o financiamento das ações etc.). A partir disso, o Ministério da Saúde poderá otimizar seus processos de trabalho, canalizando recursos e esforços para ações objetivamente relacionadas aos objetivos traçados. Esse aprimoramento na governança, com delimitação das competências, permitirá ao Ministério da Saúde coordenar a PNCC no nível nacional, diminuindo sua ação reativa à atuação dos gestores locais.

2. Quantidade insuficiente de hospitais que realizam atendimento oncológico pelo SUS em diversas regiões do país

A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer no SUS, instituída pela Portaria GM/MS nº 874/2013, tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

Nesse contexto, atribui-se ao Ministério da Saúde a responsabilidade de estabelecer as diretrizes nacionais para a prevenção e controle do câncer e de articular as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS. Compete ao Ministério da Saúde, ainda, efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer.

O normativo que estabelece, de forma mais detalhada, como a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer do SUS deve se materializar em termos de oferta de assistência à população é a Portaria SAS/MS nº 140/2014. Ao estabelecer os parâmetros para o planejamento da assistência oncológica, a Portaria 140/2014 estabelece que os gestores públicos dos três níveis federativos devem elaborar Planos de Ação Regionais/Estaduais em Oncologia, que devem indicar os estabelecimentos que ofertam assistência oncológica, bem como como estes se organizam dentro de uma rede integrada e organizada.

Para que o Ministério da Saúde habilite um estabelecimento em oncologia, é necessário que este esteja formalmente incluído na Rede de Atenção Oncológica e que suas responsabilidades constem no respectivo Plano de Ação Regional em oncologia. O principal parâmetro adotado é que exista um hospital habilitado para cada 500 mil habitantes. Nesse contexto, a quantidade ideal de hospitais habilitados em oncologia para a cobertura da totalidade da população brasileira (207 milhões) é 414 hospitais. Se considerarmos a população por estados, a quantidade ideal de estabelecimentos habilitados em oncologia é de aproximadamente 400 hospitais.

Um parâmetro alternativo é de um estabelecimento habilitado para cada 900 casos novos de câncer. Esse parâmetro, de acordo com o Ministério da Saúde, é o utilizado para mensurar a necessidade de estabelecimentos na região sul e sudeste. Por conta disso, a estimativa é de que esses estados possuam mais de um estabelecimento para cada grupo de 500 mil habitantes. No estado do Rio Grande do Sul, que é a localidade com maior incidência de novos casos de câncer, o parâmetro adotado acarreta na necessidade de um estabelecimento para cada 220 mil habitantes.

Esse parâmetro de um estabelecimento para cada 900 novos casos também é adotado pelo Ministério da Saúde para estimar a necessidade de estabelecimentos nos estados de Santa Catarina, do Paraná, de São Paulo e do Rio de Janeiro. Nos casos de Minas Gerais e do Espírito Santo, o Ministério adota o parâmetro geral utilizado para os estados das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste (um estabelecimento para cada 500 mil habitantes)

De acordo com essas estimativas do Ministério da Saúde, a necessidade total de estabelecimentos oncológicos no país chega a 508 estabelecimentos. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, existem atualmente 303 hospitais habilitados, ou seja, cerca de 60% do preconizado.

Somente o estado do Mato Grosso do Sul possui mais estabelecimentos habilitados (7) do que o necessário (5). Os estados do Rio Grande do Norte (7) e de Roraima (1) possuem a quantidade preconizada. Todos os demais possuem quantidade de hospitais habilitados aquém do necessário, considerando as estimativas do Ministério da Saúde.

Os estados com maior déficit na quantidade de hospitais habilitados em oncologia, em termos proporcionais, estão descritos no quadro a seguir.

Quadro 01: Estados com maior carência por hospitais habilitados em oncologia

ESTADO	QTDE NECESSÁRIA	QTDE EXISTENTE	DÉFICIT (%)
Amazonas	8	1	7 (87,5%)
Maranhão	14	3	9 (78,6%)
Pará	17	4	13 (76,5%)
Goiás	14	5	9 (64,3%)
Sergipe	5	2	3 (60%)

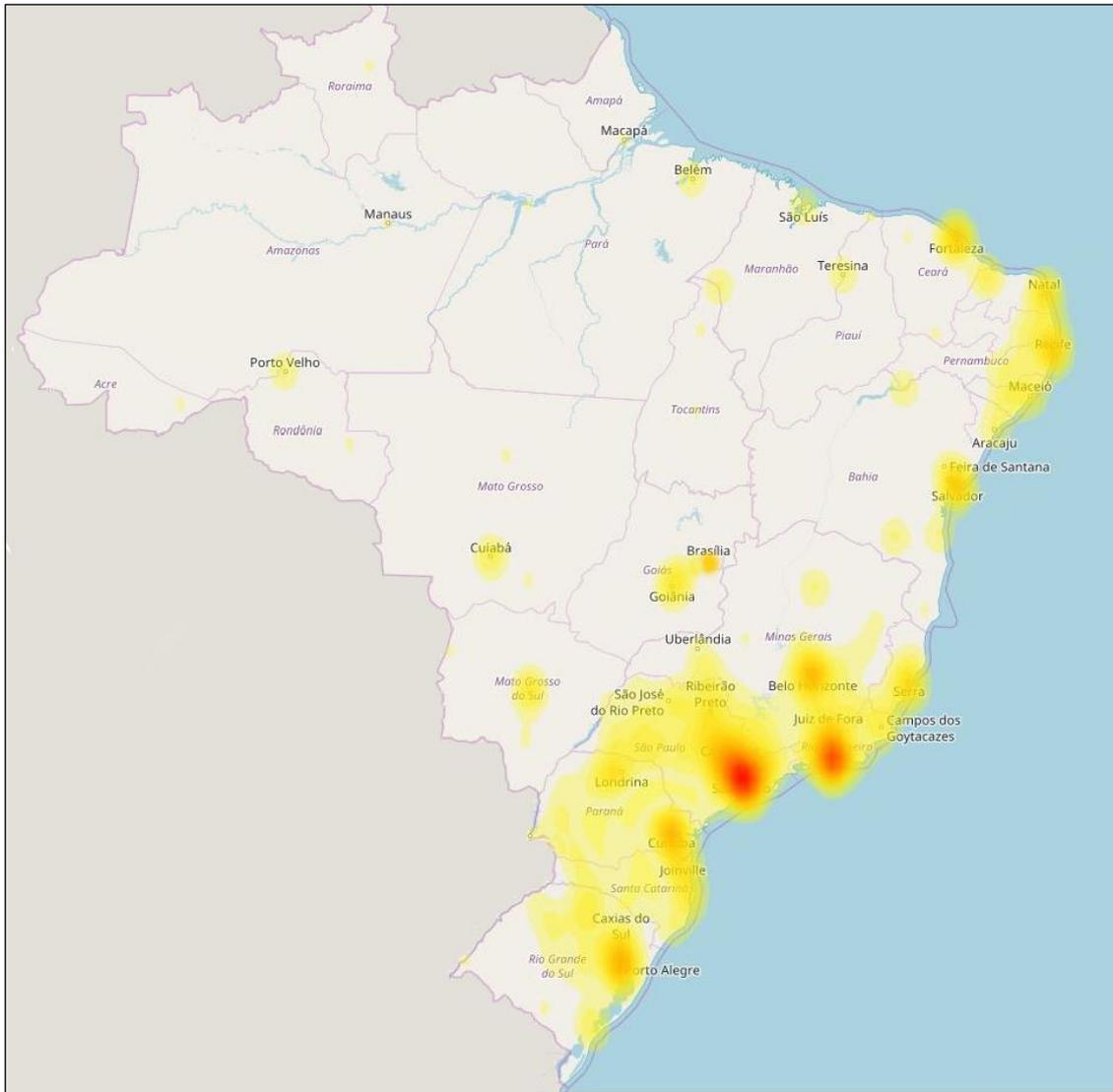
Fonte: Portaria SAS/MS nº 140/2014, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Nota Técnica nº 1.017/2018-CGAE/DAET/SAS/MS

De acordo com esse critério, há uma carência de mais de 200 hospitais habilitados em oncologia no país. Convém destacar que esse indicador não sintetiza grande parte das questões relacionadas à cobertura da assistência oncológica no SUS, sobretudo no que diz respeito à produtividade de cada hospital e à efetiva demanda por tratamentos oncológicos nas diferentes regiões do país. Não obstante, trata-se de uma evidência de que a oferta de tratamentos contra o câncer no país é significativamente defasada.

Ainda sobre a quantidade de hospitais que ofertam tratamentos oncológicos no SUS, verificou-se que somente 298 apresentaram produção ambulatorial referente à oncologia em 2017, conforme dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Isso indica que parte dos hospitais habilitados sequer atende em oncologia pelo SUS. Os aspectos relacionados à quantidade de tratamentos ofertados por esses hospitais são abordados em ponto específico desse relatório.

O mapa a seguir indica as localidades onde estão concentrados os 298 estabelecimentos que realizaram tratamentos oncológicos ambulatoriais no Brasil em 2017. Quanto mais escura for a marcação no mapa, maior é a concentração de hospitais oncológicos que atendem pelo SUS.

Imagem 01: Mapa que representa a concentração territorial dos estabelecimentos que ofertam tratamento contra o câncer no Brasil



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

Esses hospitais representados no mapa acima estão concentrados em 173 municípios do país. Conforme tratado nesse relatório, a concentração territorial é uma premissa da organização das redes de atenção oncológica. A diretriz é que os hospitais habilitados em oncologia sejam responsáveis pela cobertura populacional inclusive de municípios vizinhos àquele onde está instalado. Dessa forma, é mais adequado analisar a cobertura populacional com base nas regiões de saúde do que cada município isoladamente.

Nesse sentido, verifica-se que existem 437 regiões de saúde formalmente instituídas no Brasil. Dessas, 156 possuem estabelecimentos habilitados em oncologia, sendo que 121 regiões possuem cobertura superior ao parâmetro instituído pelo Ministério da Saúde, ou seja, possui um estabelecimento para grupos inferiores a 500 mil habitantes.

As regiões de saúde listadas são as que possuem a melhor relação entre quantidade de estabelecimentos pelo porte populacional. Nesses casos, a quantidade de habitantes para cada estabelecimento oncológico é inferior a 160 mil.

Quadro 02: Regiões de saúde com a melhor relação entre hospitais habilitados em oncologia e porte populacional

REGIÃO DE SAÚDE	UF	MUNICÍPIOS	RELAÇÃO ESTABELECIMENTOS / HABITANTES
Jales	SP	Aparecida d'Oeste, Aspásia, Dirce Reis, Dolcinópolis, Jales, Marinópolis, Mesópolis, Palmeira d'Oeste, Paranapuã, Pontalinda, Santa Albertina, Santana da Ponte Pensa, Santa Salete, São Francisco, Urânia, Vitória Brasil	1 estabelecimento / 103.948 habitantes
Corumbá	MS	Corumbá, Ladário	1 estabelecimento / 128.453 habitantes
Tupã	SP	Arco Iris, Bastos, Herculândia, Iacri, Parapuã, Queiroz, Rinópolis, Tupã	1 estabelecimento / 128.564 habitantes
Região 17 - Planalto	RS	Almirante Tamandaré do Sul, Camargo, Carazinho, Casca, Ciríaco, Coqueiros do Sul, Coxilha, David Canabarro, Ernestina, Gentil, Lagoa dos Três Cantos, Marau, Mato Castelhano, Montauri, Muliterno, Não-Me-Toque, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Passo Fundo, Pontão, Santo Antônio do Palma, Santo Antônio do Planalto, São Domingos do Sul, Serafina Corrêa, Sertão, Vanini, Victor Graeff, Vila Maria	1 estabelecimento / 133.792 habitantes
2ª Região de Saúde - Mossoró	RN	Apodi, Areia Branca, Augusto Severo, Baraúna, Caraúbas, Felipe Guerra, Governador Dix-Sept Rosado, Grossos, Messias, Targino, Mossoró, Serra do Mel, Tibau, Upanema	1 estabelecimento / 155.830 habitantes
Região 12 – Portal das Missões	RS	Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Colorado, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Jacuizinho, Quinze de Novembro, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul, Selbach, Tupanciretã	1 estabelecimento / 156.540 habitantes

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do CNES e do IBGE

As regiões indicadas no quadro acima são as que possuem as melhores relações entre hospitais oncológicos e porte populacional. Destaca-se que essa análise é importante para avaliar a cobertura da atenção oncológica no país, em que pese desconsiderar a efetiva produtividade dos hospitais e o fluxo de pacientes entre as diferentes regiões de saúde.

Por outro lado, dentre as 156 regiões de saúde que possuem estabelecimentos habilitados em oncologia, 35 apresentam proporção estabelecimentos/habitantes maior que 500 mil. Nos cinco piores casos, essa proporção supera a marca de 1 milhão de habitantes para cada estabelecimento oncológico. Segue relação das regiões com piores coberturas oncológica (dentre as que possuem hospitais habilitados):

Quadro 03: Regiões de saúde com a pior relação entre hospitais habilitados em oncologia e porte populacional

REGIÃO DE SAÚDE	UF	MAIOR MUNICÍPIO	RELAÇÃO ESTABELECIMENTOS / HABITANTES
Alto do Tietê	SP	Guarulhos	1 estabelecimento / 2.840.318 habitantes
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	AM	Manaus	1 estabelecimento / 2.334.394 habitantes
Caruaru	PE	Caruaru	1 estabelecimento / 1.310.903 habitantes
Feira de Santana	BA	Feira de Santana	1 estabelecimento / 1.156.963 habitantes
Metropolitana I	PA	Belém	1 estabelecimento / 1.056.180 habitantes

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do CNES e do IBGE

Além disso, destaca-se que as 281 regiões de saúde que não possuem hospitais habilitados em oncologia concentram mais de 66 milhões de habitantes, ou seja, cerca de 1/3 da população brasileira vive em regiões que não possuem hospitais habilitados para a oferta de tratamentos contra o câncer pelo SUS.

A população supera 500 mil habitantes em 19 dessas regiões de saúde. Isso significa que essas regiões de saúde atendem ao critério populacional indicado na Portaria SAS/MS nº 140/2014 e poderiam, portanto, possuir estabelecimentos oncológicos voltados a atender exclusivamente às populações daquelas regiões. Segue a relação de regiões de saúde com população superior a 500 mil habitantes e que não possuem estabelecimentos habilitados.

Quadro 04: Regiões de saúde com porte populacional superior a 500 mil habitantes que não possuem estabelecimentos habilitados em oncologia

REGIÃO DE SAÚDE	MAIOR MUNICÍPIO	UF	PORTE POPULACIONAL
Rota dos Bandeirantes	Osasco	SP	1.800.000
Mananciais	Taboão da Serra	SP	1.050.000
Metropolitana III	Castanhal	PA	870.000
Contagem	Contagem	MG	840.000
Centro Sul	Aparecida de Goiânia	GO	840.000
Camaçari	Camaçari	BA	800.000
Carajás	Marabá	PA	800.000
Serrinha	Serrinha	BA	650.000
Tocantins	Abaetetuba	PA	650.000

Palmares	Escada	PE	600.000
2ª Região Caucaia	Caucaia	CE	600.000
Entorno Sul	Luziânia	GO	600.000
Limoeiro	Carpina	PE	600.000
Franco da Rocha	Francisco Morato	SP	560.000
Alagoinhas	Alagoinhas	BA	550.000
Jequié	Jequié	BA	520.000
3ª Região Maracanaú	Maracanaú	CE	520.000
Araguaia	São Felix do Xingú	PA	510.000
Rio Caeté	Bragança	PA	500.000

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do CNES e do IBGE

Pelo o exposto, verifica-se que existem diversas regiões do país que não possuem a quantidade mínima necessária de estabelecimentos de saúde habilitados para ofertarem tratamentos oncológicos pelo SUS. Sobre esse aspecto, a SAS/MS informou que os vazios assistenciais “devem ser sanados por meio do planejamento e organização da rede de atenção oncológica, a ser implementada pelos gestores locais”.

Sobre isso, o art. 21 da Portaria GM/MS nº 874/2013, que estabelece as diretrizes da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no SUS, indica que compete aos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal), organizar as redes de atenção oncológica, “considerando todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir a oferta de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, de forma oportuna, para o controle do câncer”. Além disso, o art. 22 estabelece que compete ao Ministério da Saúde “prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com câncer”.

Nesse contexto, e com o objetivo de avaliar a atuação do Ministério da Saúde na organização das redes de atenção oncológica, foram analisados os casos de novas habilitações em oncologia no exercício 2017. Verificou-se que a quantidade de habilitações em oncologia saltou de 381 em dezembro de 2016 para 406 em dezembro de 2017, ou seja, foram 25 novas habilitações. Convém destacar que um estabelecimento pode possuir mais de uma habilitação, o que explica a diferença em relação à quantidade de hospitais existentes indicada nesse relatório.

Das 25 novas habilitações em 2017, 4 foram para regiões de saúde que não possuíam estabelecimentos habilitados, são elas: Madeira Mamoré, em Rondônia; Curvelo, em Minas Gerais/MG; Ourinhos, em São Paulo e Itapeva, em São Paulo. Dessas regiões, somente a “Madeira-Mamoré”, que inclui o município de Porto Velho/RO, possui população superior a 500 mil habitantes. Nos outros três casos, as populações totais das regiões não chegam a 300 mil habitantes.

No que diz respeito às habilitações em regiões de saúde que já possuíam estabelecimentos habilitados, o quadro a seguir indica a situação das redes de atenção oncológica dessas regiões em 2016.

Quadro 05: Situação em 2016 das regiões de saúde que tiveram estabelecimentos habilitados em 2017

REGIÃO DE SAÚDE	UF	PORTE POPULACIONAL	QTDE HABILITAÇÕES (2016)	RELAÇÃO ESTABELECIMENTOS / HABITANTES
Metropolitana I	PA	2.200.000	1	1 estabelecimento / 2.200.000 habitantes
Imperatriz	MA	500.000	1	1 estabelecimento / 500.000 habitantes
São Luís	MA	1.400.000	2	1 estabelecimento / 700.000 habitantes
Vitória da Conquista	BA	700.000	2	1 estabelecimento / 350.000 habitantes
Alfenas Machado	MG	320.000	2	1 estabelecimento / 160.000 habitantes
Ipatinga	MG	400.000	2	1 estabelecimento / 200.000 habitantes
Baixada Litorânea	RJ	800.000	1	1 estabelecimento / 800.000 habitantes
Médio Paraíba	RJ	870.000	4	1 estabelecimento / 217.500 habitantes
Noroeste	RJ	340.000	3	1 estabelecimento / 114.000 habitantes
Serrana	RJ	930.000	2	1 estabelecimento / 465.000 habitantes
Baixada Santista	SP	1.800.000	4	1 estabelecimento / 450.000 habitantes
Alta Sorocabana	SP	400.000	1	1 estabelecimento / 400.000 habitantes
Aquífero Guarani	SP	870.000	3	1 estabelecimento / 290.000 habitantes
São José do Rio Preto	SP	700.000	3	1 estabelecimento / 240.000 habitantes
3ª RS Ponta Grossa	PR	610.000	1	1 estabelecimento / 610.000 habitantes
17ª RS Londrina	PR	920.000	3	1 estabelecimento / 306.000 habitantes

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do CNES e do IBGE

Os dados acima indicam que das 25 novas habilitações concedidas pelo Ministério da Saúde em 2017, somente 5 foram concedidas a hospitais localizados em regiões de saúde que apresentavam proporção igual ou pior a 500 mil habitantes por estabelecimento habilitado. Destaca-se que essa análise não considera se havia, ou não, necessidade de ampliação das redes de atenção oncológica. Entretanto, é possível concluir que a atuação do Ministério da Saúde no que diz respeito às novas habilitações em oncologia no ano de 2017 não foi aderente ao objetivo de reduzir os vazios

assistenciais, uma vez que a ampliação da quantidade de estabelecimentos habilitados se deu principalmente em regiões que já possuíam cobertura relativamente alta.

- **PROGNÓSTICO SOBRE O IMPACTO FINANCEIRO DE NOVAS HABILITAÇÕES**

Ao habilitar um novo estabelecimento em oncologia, o Ministério da Saúde calcula o quanto aquele estabelecimento deve ofertar de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, conforme os parâmetros contidos nos art. 31 e 32 da Portaria SAS/MS nº 140/2014. Esse valor, denominado “impacto financeiro”, é incorporado ao Teto MAC do ente gestor do hospital habilitado.

A metodologia de cálculo desse impacto financeiro está descrita no Anexo IV da Portaria 140/2014 e depende basicamente dos valores médios da produção aprovada no Estado para os procedimentos relacionados ao tratamento oncológico. Já no que diz respeito aos procedimentos diagnóstico, o cálculo do impacto leva em consideração o valor da Tabela SUS, e não o valor médio aprovado. O quadro a seguir indica qual seria o impacto financeiro decorrente de uma nova habilitação em oncologia, considerando valores de 2017.

Quadro 06: Estimativa de impacto financeiro decorrente da habilitação de um hospital em oncologia, com serviço de radioterapia.

TRATAMENTOS			
PROCEDIMENTO	PARÂMETRO	VALOR MÉDIO	IMPACTO FINANCEIRO
Radioterapia	43000	R\$ 41,66	R\$ 1.791.380,00
Quimioterapia	5300	R\$ 529,71	R\$ 2.807.463,00
Cirurgias Oncológicas-	650	R\$ 3.444,24	R\$ 2.238.756,00
DIAGNÓSTICO			
PROCEDIMENTO	PARÂMETRO	VALOR	IMPACTO FINANCEIRO
Consultas especializadas	6000	R\$ 10,00	R\$ 60.000,00
Exames de Ultrassonografia	7680	R\$ 24,38	R\$ 187.238,40
Endoscopias	1920	R\$ 48,16	R\$ 92.467,20
Colono e Retossigmoidoscopias	2880	R\$ 67,90	R\$ 195.552,00
Exames de Anatomia Patológica	2400	R\$ 36,49	R\$ 87.576,00
TOTAL (diagnóstico + tratamento)			R\$ 7.460.432,60

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do SIA, do SIH e da Portaria SAS/MS nº 140/14.

Esse montante de aproximadamente R\$ 7,5 milhões corresponde ao valor que o Ministério da Saúde repassa anualmente para cada novo estabelecimento habilitado que contém um equipamento de radioterapia. Destaca-se que a demanda por serviços de radioterapia não é a mesma demanda por estabelecimentos habilitados. Sobre esse aspecto, o Ministério da Saúde aponta para a necessidade de 234 novos equipamentos

de radioterapia (aceleradores lineares) no país, enquanto que a necessidade de estabelecimentos habilitados é de 203 hospitais.

Nesse sentido, é possível estimar o quanto que custaria ao Ministério da Saúde, por ano, a habilitação de estabelecimentos em oncologia na quantidade preconizada, conforme detalhado no quadro a seguir.

Quadro 07: Estimativa de impacto financeiro para habilitar a quantidade necessária de estabelecimentos em oncologia

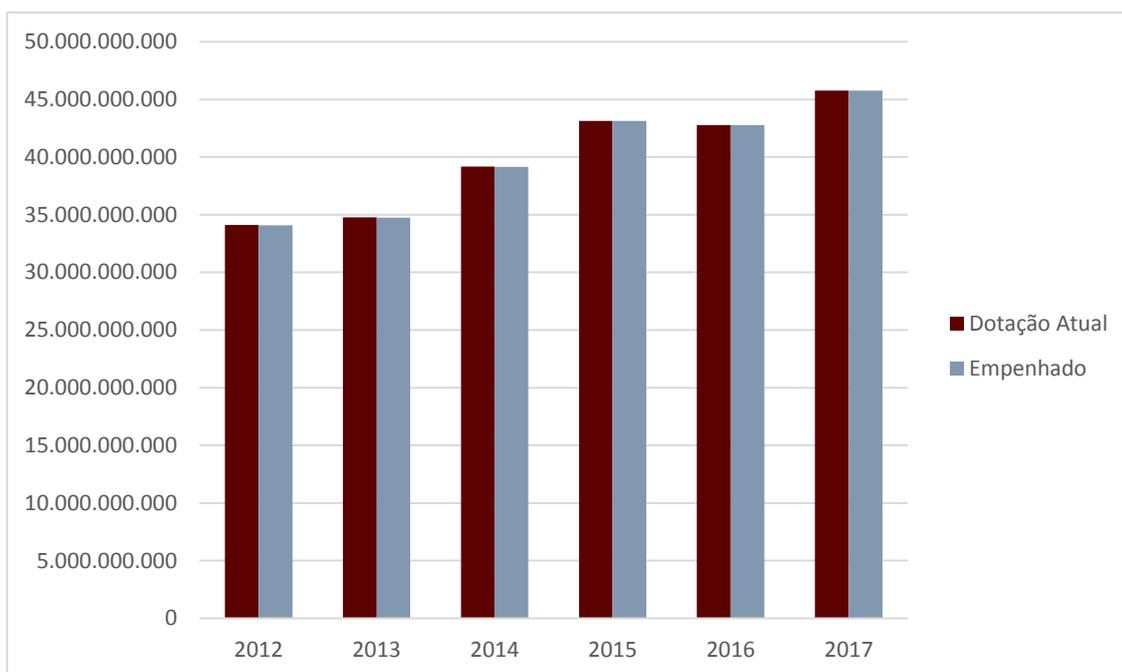
PROCEDIMENTO	NECESSIDADE	IMPACTO FINANCEIRO UNITÁRIO	IMPACTO FINANCEIRO TOTAL
Radioterapia	234	R\$ 1.791.380,00	R\$ 419.182.920,00
Quimioterapia	203	R\$ 2.807.463,00	R\$ 569.914.989,00
Cirurgias Oncológicas	203	R\$ 2.238.756,00	R\$ 454.467.468,00
Consultas especializadas	203	R\$ 60.000,00	R\$ 12.180.000,00
Exames de Ultrassonografia	203	R\$ 187.238,40	R\$ 38.009.395,20
Endoscopias	203	R\$ 92.467,20	R\$ 18.770.841,60
Colono e Retossigmoidoscopias	203	R\$ 195.552,00	R\$ 39.697.056,00
Exames de Anatomia Patológica	203	R\$ 87.576,00	R\$ 17.777.928,00
TOTAL			R\$ 1.570.000.597,80

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do SIA, do SIH e da Portaria SAS/MS nº 140/14 e Nota Técnica nº 1.017/2018-CGAE/DAET/SAS/MS

Dessa forma, o custo estimado para que o Ministério da Saúde habilite a quantidade de estabelecimentos em oncologia preconizada pela Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer supera R\$ 1,5 bilhão por ano. Esse cálculo consiste somente no impacto financeiro decorrente das novas habilitações, desconsiderando todos os custos para a implantação dos serviços (despesas de capital) e eventuais ajustes nos Teto MAC ocorridos após a habilitação.

Destaca-se que essas despesas decorrentes das novas habilitações são executadas na ação orçamentária 8585 (Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Ala Complexidade). A dotação dessa ação supera R\$ 45 bi por ano. Apesar disso, trata-se de uma rubrica que apresenta alta taxa de execução ao longo dos anos. O gráfico a seguir indica a execução da Ação 8585 em relação à dotação atualizada de 2012 a 2017.

Imagem 02: Gráfico sobre a execução orçamentária da Ação 8585 de 2012 a 2017



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP)

Nesses seis exercícios analisados, o percentual de execução orçamentária da Ação 8585 sempre foi superior a 99,9%. O ano de 2013 foi o que teve a menor taxa de execução: 99,923%. Já em 2017, foram empenhados 99,998% dos recursos disponíveis nessa rubrica, o que representa uma “sobra” de R\$ 759.547,00.

Considerando que praticamente a totalidade dos recursos disponíveis na Ação 8585 já está comprometida, conclui-se que não há disponibilidade orçamentária nessa rubrica para a habilitação de novos estabelecimentos em oncologia.

Além disso, o limite ao crescimento das despesas federais na área de saúde imposto pela Emenda Constitucional nº 95/2016 indica que não deverão ocorrer aumentos significativos na dotação da Ação 8585 nos próximos anos capazes de financiar o aumento da quantidade de estabelecimentos habilitados em oncologia da forma como as habilitações são feitas atualmente.

Isso demonstra que a expansão na oferta dos tratamentos contra o câncer no SUS somente será possível mediante alterações na lógica de financiamento federal. Nesse contexto, a viabilidade do aumento da quantidade de hospitais habilitados depende da adoção de medidas que visem qualificar o financiamento federal da atenção oncológica, tais como:

- Revisão dos valores atualmente repassados: A existência de diferentes formas de financiar a assistência oncológica ao longo dos anos levou à situação atual em que não é possível identificar, ao certo, o quanto que o Ministério da Saúde transfere a estados e municípios para esse fim. Portanto, as discussões acerca do financiamento das ações

oncológicas no SUS são permeadas por estimativas em diversos aspectos. Além disso, a lógica de não vinculação dos recursos federais transferidos impossibilita analisar o financiamento da oncologia sem considerar o financiamento de todas as outras ações de média e alta complexidade. Fato é que existem distorções nesse processo de financiamento do SUS, o que pode ser atestado pela insuficiência dos critérios de rateio dos recursos federais. A instituição de critérios de rateio claramente definidos é condição fundamental para corrigir distorções no financiamento federal do SUS, incluindo das ações de oncologia. A partir daí, será possível buscar otimizar a eficiência na alocação dos recursos federais no cenário de restrição orçamentária, retirando recursos de áreas/localidades menos necessitadas e destinando-os para áreas/localidades que devem propiciar melhores resultados à população.

- Ampliação de serviços existentes: A lógica adotada pelo Ministério da Saúde de planejar e monitorar as ações de oncologia tendo como base cada hospital habilitado tem demonstrado fragilidades quando se analisa o financiamento federal dessas ações. Isso porque, na prática, a produtividade dos hospitais não é determinada pelos parâmetros instituídos pelo Ministério da Saúde (especificamente na Portaria SAS/MS nº 140/2014). Existem hospitais com produção acima e outros com produção abaixo do parâmetro. Há, inclusive, hospitais com produção acima em uma modalidade de tratamento (ex.: quimioterapia) e abaixo em outra (ex.: cirurgia oncológica). Isso indica que o Ministério da Saúde deve considerar a produção total de uma região, e não de cada hospital que a compõe. Nesse sentido, abre-se espaço para a consolidação dos grandes hospitais, com produção significativamente superior ao parâmetro estabelecido. Trata-se de um arranjo interessante nas localidades que já possuem rede habilitada. Em termos de custos, se mostra mais eficiente ter um hospital capaz de atender duas vezes o parâmetro do que dois hospitais com produções compatíveis com o parâmetro. Isso porque a assistência oncológica apresenta custos fixos elevados, e, portanto, é possível obter ganhos de escala com a centralização. Nesse contexto, a habilitação de novos estabelecimentos somente se justifica nos casos em que há vazios assistenciais ou quando a ampliação da oferta nos estabelecimentos já existentes é tecnicamente inviável.

- Monitoramento das ações e dos serviços habilitados: Cabe ao Ministério da Saúde acompanhar, de forma constante, a produção dos hospitais habilitados em oncologia. Esse acompanhamento permitirá adotar providências visando aumentar a produtividade dos hospitais que estiverem com produção aquém do esperado. Ao identificar esses casos críticos, o Ministério da Saúde poderá atuar em diversas frentes, tais como o aprimoramento da regulação do acesso local, o investimento em ações de estruturação, na capacitação de profissionais, no processo de contratualização etc. Caso as providências do Ministério da Saúde não surtam o efeito esperado de aumentar a produtividade do hospital habilitado, caberá a adoção de medidas voltadas à diminuição

das transferências federais para aquele fim, de modo a compatibilizar o montante de recursos federais repassados com a produção oncológica na região.

3. Existência de hospitais que ofertam tratamento contra o câncer em quantitativo inferior ao mínimo estabelecido pelo Ministério da Saúde

O planejamento das ações de atenção oncológica no nível federal tem como base os parâmetros de produção por estabelecimento habilitado contido na Portaria SAS/MS nº 140/2014. Em síntese, o Ministério da Saúde preconiza que deve existir um estabelecimento habilitado em oncologia para cada 500 mil habitantes, ou a cada 900 novos casos de câncer por ano, e que cada estabelecimento deve realizar 650 cirurgias oncológicas e 5.300 procedimentos de quimioterapia por ano. Além disso, deve-se realizar procedimentos de radioterapia equivalentes a 43.000 campos irradiados/ano para cada equipamento instalado.

Conforme tratado em ponto específico nesse relatório, a quantidade de estabelecimentos habilitados no país está abaixo do parâmetro supracitado. A quantidade atualmente existente de hospitais oncológicos corresponde a cerca de 60% do preconizado pelo Ministério da Saúde. Nesse contexto, se todos os estabelecimentos habilitados em oncologia apresentassem produção compatível com os parâmetros contidos na Portaria 140/2014, haveria “suboferta” de tratamentos oncológicos à população, uma vez que a quantidade de hospitais existentes é insuficiente. Por isso, a utilização de parâmetros de produção por estabelecimento habilitado se mostra inconsistente. Seguem análises sobre o parâmetro para cada tipo de tratamento oncológico, incluindo análises quanto à efetiva oferta de procedimentos oncológicos em 2017.

- **Parâmetros para quimioterapia**

Os parâmetros adotados para os tratamentos quimioterápicos são: (i) 5.300 procedimentos desse tipo por estabelecimento a cada ano; (ii) um estabelecimento para cada 500 mil habitantes. Considerando os dois parâmetros, têm-se a métrica de 5.300 procedimentos de quimioterapia para cada 500 mil habitantes. Considerando o porte populacional brasileiro de 200 milhões de habitantes, chega-se à quantidade de 2,12 milhões de procedimentos de quimioterapia por ano.

Se todos os 303 hospitais habilitados ofertarem a quantidade preconizada (5.300/ano), a oferta de quimioterapias seria de 1,6 milhão de procedimentos/ano, ou seja, cerca de 75% do preconizado para o país.

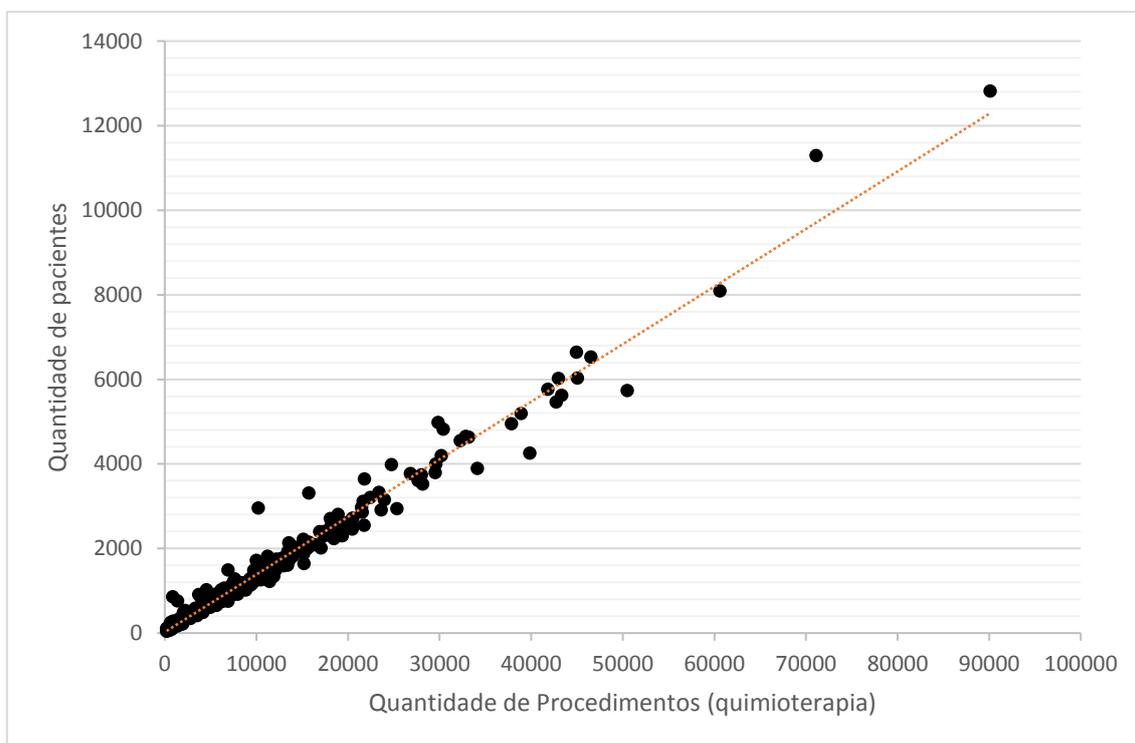
Entretanto, a quantidade de procedimentos de quimioterapia efetivamente realizada pelo SUS em 2017 foi superior a 3,3 milhões. Isso ocorreu porque 197 hospitais habilitados ofertaram procedimentos de quimioterapia em quantidade superior ao parâmetro. Esses casos de produção acima dos parâmetros compensaram a produção

abaixo do esperado em mais de 100 hospitais habilitados e compensaram inclusive o déficit na quantidade de estabelecimentos habilitados.

Ainda sobre os parâmetros da quimioterapia, cabe destacar que cada quantidade aprovada corresponde a um mês de tratamento. Num caso hipotético de um paciente submetido a quatro meses de tratamento quimioterápico, tal tratamento representará quatro procedimentos de quimioterapia nos registros oficiais do SUS.

Por isso, não é possível vincular, de forma objetiva, a quantidade de procedimentos realizados com a quantidade de pacientes tratados. No caso da produção ambulatorial em 2017, foram registrados, em média, 7,2 procedimentos para cada paciente. Dessa forma, a produção de 3,3 milhões de procedimentos corresponde a 458 mil pacientes.

O gráfico de dispersão a seguir ilustra a relação entre essas duas variáveis (quantidade de pacientes e de procedimentos) em cada um dos hospitais que apresentaram produção de quimioterapia em 2017 (cada ponto do gráfico representa um hospital).



Os pontos acima da linha pontilhada representam os hospitais onde a quantidade média de procedimentos aprovados para cada paciente é inferior a 7,2. Já os pontos abaixo da linha representam hospitais que apresentam proporção média superior a 7,2 procedimentos de quimioterapia por paciente atendido.

Em alguns hospitais, a média em 2017 foi superior a 9 procedimentos de quimioterapia por paciente tratado (localizados abaixo da linha no gráfico de dispersão), são eles: Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), em São Paulo/SP – média de 9,36

procedimentos por paciente; Hospital Cura D'ars, em Fortaleza/CE – média de 9,35 procedimentos por paciente; Hospital Santa Izabel, em Cabo Frio/RJ – média de 9,24 procedimentos por paciente; e Hospital Imaculada Conceição, em Ribeirão Preto/SP – média de 9,11 procedimentos por paciente.

Por outro lado, foram identificados hospitais com média inferior a 3 procedimentos para cada paciente atendido (localizados acima da linha no gráfico de dispersão), são eles: Núcleo de Atenção à Saúde da Mulher e Criança Aroeira, em Macaé/RJ – média de 1,82 procedimentos por paciente; Oncocardium, em Imperatriz/MA – média de 1,97 procedimentos por paciente; Hospital Regional de Assis, em Assis/SP – média de 2,53 procedimentos por paciente; e Hospital do Rocio, em Campo Largo/PR – média de 2,80 procedimentos por paciente.

Isso revela que, na prática, o parâmetro de 5.300 procedimentos de quimioterapia por ano pode representar o tratamento de menos de 590 pacientes por ano (média de 9 procedimentos por paciente) ou de mais de 1.700 pacientes por ano (média de 3 procedimentos por paciente).

- **Parâmetros para cirurgias oncológicas**

Considerando o parâmetro de 650 cirurgias oncológicas para cada estabelecimento habilitado e de um estabelecimento para cada 500 mil habitantes, tem-se a quantidade estimada de 260 mil cirurgias oncológicas por ano no Brasil (porte populacional de 200 milhões de habitantes).

Para identificar esse tipo de procedimento, existem códigos da Tabela SUS (iniciados com 04.16) que deveriam ser utilizados para registrar as cirurgias oncológicas. Nesse sentido, verifica-se que foram realizadas 144 mil cirurgias no Brasil tendo como procedimento principal algum iniciado pelo código 04.16 (cirurgias oncológicas).

Assim como ocorre nas quimioterapias, existem hospitais que realizam cirurgias oncológicas em quantidade muito superior ao parâmetro, enquanto que outros ofertam em quantidade abaixo do esperado. Dos 307 hospitais que realizaram cirurgias oncológicas em 2017, 245 realizaram menos de 650 cirurgias oncológicas em 2017, de acordo com dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) – procedimentos principais. Por outro lado, 62 hospitais realizaram cirurgias oncológicas em quantitativo superior ao parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Desses que realizaram cirurgias oncológicas em quantitativo superior ao parâmetro, destacam-se os dez que mais realizaram cirurgias oncológicas e que, juntos, foram responsáveis por 20% do total realizado no Brasil. São eles: Hospital Araújo Jorge, em Goiânia/GO (4.083 cirurgias); Hospital Aristides Maltez, em Salvador/BA (3.643 cirurgias); Hospital do Câncer de Pernambuco, em Recife/PE (3.441 cirurgias); Fundação

Pio XII, em Barretos/SP (2.846 cirurgias); Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, em São Paulo/SP (2.607 cirurgias); Hospital Dr. Luiz Antoni, em Natal/RN (2.544 cirurgias); Hospital Amaral Carvalho, em Jaú/SP (2.532 cirurgias); CEONC, em Cascacel/PR (2.473 cirurgias); Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba/PR (2.076 cirurgias); e Associação Mário Penna, em Belo Horizonte/MG (2.030 cirurgias)

Esses hospitais supracitados realizam em média mais de 5 cirurgias oncológicas por dia. Superam o triplo do parâmetro mínimo para cirurgias oncológicas estabelecido pelo Ministério da Saúde. Por esse motivo, não faz sentido tratar de forma igual os hospitais que atuam de forma significativamente diferentes. Como exemplo, segue a quantidade de cirurgias oncológicas realizadas pelos quatro hospitais no município de Salvador/BA que realizaram esse procedimento em 2017:

Quadro 01: Produção de cirurgias oncológicas nos hospitais de Salvador/BA em 2017

HOSPITAL	QTDE CIRURGIAS ONCOLÓGICAS
Hospital Aristides Maltez	3.643
Hospital São Rafael	244
Hospital Santa Isabel	435
Hospital Martagão Gesteira	67

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SIH

A média desses quatro hospitais é de mais de mil cirurgias oncológicas no ano, elevada pela produção do Hospital Aristides Maltez (segundo maior realizador de cirurgias oncológicas no país). Apesar disso, a produção dos outros três hospitais está bem abaixo do parâmetro mínimo estabelecimento pelo Ministério da Saúde.

Chama a atenção também o fato de que metade dos 10 hospitais que mais realizaram cirurgias oncológicas são dos estados de São Paulo e do Paraná. Entretanto, isso não significa que a oferta de cirurgias oncológicas nessas localidades é proporcionalmente superior à de outros estados. Sobre esse aspecto, a tabela a seguir ilustra quais são as proporções de cirurgias oncológicas realizadas em cada Unidade da Federação ponderada pela estimativa de incidência de novos casos de câncer.

Quadro 02: Quantidade de cirurgias oncológicas em relação à incidência de novos casos de câncer, por UF

UF	QTDE CIRURGIAS ONCOLÓGICAS	ESTIMATIVA DE NOVOS CASOS 2017 (INCA)	PROPORÇÃO CIRURGIAS REALIZADAS / INCIDÊNCIA
RN	3.858	5.590	0,69
ES	4.431	7.650	0,58
GO	5.470	11.610	0,47
MA	2.992	6.370	0,47
PR	16.126	34.590	0,47
PE	7.615	16.720	0,46

MG	16.637	38.900	0,43
AL	1.371	3.590	0,38
RO	668	1.750	0,38
PB	2.364	6.220	0,38
MT	1.949	5.150	0,38
SC	6.979	18.840	0,37
RR	197	540	0,36
BA	7.399	20.420	0,36
MS	1.938	5.640	0,34
SP	32.696	103.010	0,32
TO	557	1.900	0,29
RS	13.008	44.900	0,29
CE	4.613	15.930	0,29
AM	1.210	4.280	0,28
AC	190	750	0,25
DF	1.338	5.680	0,24
PA	1.460	7.300	0,20
PI	930	4.660	0,20
AP	118	670	0,18
RJ	7.586	44.440	0,17
SE	386	3.210	0,12

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SIH e nas estimativas do INCA

Nessa análise, verifica-se que os estados de São Paulo e do Paraná, que apresentam maiores quantidades de cirurgias oncológicas em termos absolutos, não são os que mais realizam cirurgias em termos relativos, se comparado à incidência de casos de câncer. Sob essa perspectiva, o estado que mais realiza cirurgias oncológicas em comparação à demanda (incidência) é o do Rio Grande do Norte, seguido pelo estado do Espírito Santo. O estado do Paraná é o quinto nessa relação e São Paulo aparece somente como décimo sexto estado.

Ainda sobre a oferta de cirurgias oncológicas, convém destacar que existe uma inconsistência importante relacionada ao registro desses procedimentos. Isso porque diversos hospitais no país, sobretudo aqueles que não possuem habilitação em oncologia, realizam cirurgias voltadas a tratar o câncer e registram esses procedimentos com outros códigos (e não o "04.16"). Tendo como base a produção em dezembro de 2017, é possível estimar que somente cerca de 25% das cirurgias realizadas para tratar o câncer (com indicação de CID de câncer) são registradas sobre o código 04.16.

Por isso, é fundamental que as análises quanto à produção oncológica leve em consideração as cirurgias registradas com CID de câncer, e não somente aquelas com código 04.16, ainda que essa seja a metodologia oficial de mensuração das cirurgias oncológicas.

- **Parâmetros para radioterapia**

O parâmetro adotado pelo Ministério da Saúde é de 43.000 campos irradiados ao ano para cada equipamento de radioterapia instalado. Considerando a média de aproximadamente 70 campos para cada tratamento, tem-se uma estimativa de 615 pacientes atendidos ao ano por equipamento instalado.

Uma outra métrica bastante difundida é a que indica que 60% dos pacientes com câncer necessitam da radioterapia em algum momento do tratamento. Considerando a estimativa do INCA de aproximadamente 420 mil novos casos de câncer no país, excluídos os casos de câncer de pele não melanoma, tem-se a estimativa de que mais de 250 mil pacientes necessitam da radioterapia no Brasil a cada ano. Esse grupo inclui aqueles que deverão ser amparados pelo SUS e aqueles que buscam tratamento na rede suplementar.

Retornando ao parâmetro de produção por equipamento instalado, o Ministério da Saúde afirma que existem 272 aparelhos de radioterapia instalados nos hospitais habilitados em oncologia no SUS. Afirma, ainda, que a necessidade é de 506 equipamentos, ou seja, há um déficit de 234 equipamentos.

Destaca-se que a existência de equipamentos instalados nos hospitais habilitados não significa que tais equipamentos estão disponíveis para o SUS. Isso porque a maior parte dos hospitais habilitados em oncologia são filantrópicos e podem, portanto, destinar parte da sua produção ao setor privado. A definição do quanto da capacidade instalada do hospital é destinada ao SUS depende dos termos dos contratos firmados entre esses hospitais e o SUS, tendo como norteador básico o disposto no artigo 4º da Lei nº 12.101/2009, que estabelece que 60% dos serviços prestados por hospitais filantrópicos devem ser destinados ao SUS.

Destaca-se, ainda, que a informação prestada pelo Ministério da Saúde diverge das informações contidas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. De acordo com esse sistema, existem 253 aceleradores lineares e 48 equipamentos de cobalto nos hospitais habilitados, totalizando 301 equipamentos de radioterapia de megavoltagem.

Em face dessa divergência, optou-se por considerar as informações contidas no CNES. Considerando, ainda, que os aceleradores lineares são os equipamentos de radioterapia mais avançados, as análises aqui serão focadas nesse tipo de aparelho, ou seja, desconsidera os equipamentos de cobaltoterapia e os de terapia superficial (braquiterapia), em que pese sua importância na assistência oncológica.

Considerando as especificidades de cada habilitação em oncologia contida na Portaria SAS/MS nº 141/2014, conclui-se que 5 tipos de habilitações exigem a oferta de serviços de radioterapia, conforme detalhado no quadro a seguir.

Quadro 03: Quantidade hospitais habilitados para a oferta de radioterapia no SUS

CNES	Nome do Hospital	UF
1704	Serviço Isolado de Radioterapia	9
1707	UNACON com serviço de radioterapia	106
1712	CACON	17
1713	CACON com serviço de oncologia pediátrica	28
1715	Serviço de Radioterapia de complexo hospitalar	19

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Dos 179 hospitais que deveriam ofertar radioterapia no SUS, 160 apresentaram produção referente à radioterapia em 2017. Isso significa que 19 hospitais habilitados não estão ofertando tratamentos de radioterapia. Desses 19 hospitais, 5 receberam a habilitação para radioterapia no ano de 2017. Os outros 14 já possuíam habilitação para radioterapia antes de 2017, são eles:

Quadro 04: Hospitais que deveriam ofertar radioterapia para o SUS que não apresentaram produção em 2017

CNES	Nome do Hospital	UF
4251	HOSPITAL PORTUGUES	BA
9709	EBSERH HOSP UNIV MARIA APARECIDA PEDROSSIAN	MS
26964	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI	MG
2206528	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS	MG
2252694	HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS	RS
2269422	CLINICA DE RADIOTERAPIA OSOLANDO J MACHADO SANTO CRISTO	RJ
2269988	MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	RJ
2275562	HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	RJ
2338351	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIANIA	GO
2600536	HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA	TO
2603276	ION	BA
2708779	SANTA CASA DE SOROCABA	SP
2755130	HOSPITAL DOMINGOS LEONARDO CERAVOLO PRESIDENTE PRUDENTE	SP
2790602	HOSPITAL ESTADUAL BAURU	SP

Fonte: Elaboração própria com base em informações do CNES e o SIA/SUS

Considerando a métrica de 600 pacientes por equipamento instalado, e que cada hospital habilitado deve possuir ao menos um equipamento de radioterapia, estima-se que esses 14 hospitais deixaram de atender mais de 8.000 pacientes oncológicos em 2017. Além disso, a habilitação de um serviço de radioterapia implica em aumento de Teto MAC na ordem de R\$ 1,7 milhão por ano, ou seja, o Ministério da Saúde pode estar repassando até R\$ 23,8 milhões por ano para custear a radioterapia nesses hospitais que não apresentaram produção em 2017.

Dos hospitais que realizaram tratamentos de radioterapia pelo SUS em 2017, 156 realizaram procedimentos relativos a aceleradores lineares (códigos 03.04.01.028-6 e 03.04.01.029-4). Nesse contexto, foram identificadas algumas inconsistências nas produções desses hospitais. A primeira dessas inconsistências diz respeito ao registro de

produção de radioterapia com acelerador linear em hospitais que não possuem acelerador linear registrado no CNES. Foram identificados 11 casos assim, são eles:

Quadro 05: Hospitais com produção referente à radioterapia com aceleradores lineares que não possuem esse equipamento registrado no CNES

CNES	Nome do Hospital	UF
14109	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAMPO MOURÃO	PR
2007037	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ	AL
2025361	HOSPITAL ANCHIETA – SÃO BERNARDO DO CAMPO	SP
2126494	HOSPITAL PREFEITO OSVALDO FRANCO - BETIM	MG
2127989	HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBANIO POUSO ALEGRE	MG
2232995	SANTA CASA DO RIO GRANDE	RS
2244306	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	RS
2287285	HOSPITAL DR BEDA – CAMPO DOS GOYTACAZES	RJ
2558246	HOSPITAL SANTA ISABEL – BLUMENAU	SC
6599877	HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL	RO
2427419	HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - CARUARU	PE

Fonte: Elaboração própria com base em informações do CNES e o SIA/SUS

A CGU fiscalizou dois desses hospitais em 2017 e atestou a existência de aceleradores lineares nesses estabelecimentos (Santa Casa de Maceió e Hospital Universitário de Santa Maria), o que indica que a inconsistência aqui descrita se deve principalmente à desatualização do CNES.

Outra inconsistência identificada em análise à produção de radioterapia em 2017 é quanto ao tipo de procedimento registrado. O procedimento de código 03.04.01.028-6 consiste na radioterapia com acelerador linear só de fótons e custa R\$ 30,00 por campo. Já o procedimento de código 03.04.01.029-4 é utilizado para os tratamentos com acelerador linear de fótons e elétrons e custa R\$ 35,00 por campo. Foram identificados 35 casos onde o hospital possui somente aceleradores só de fótons registrados no CNES, mas possui registros no procedimento de radioterapia com fótons e elétrons.

Quadro 06: Relação de hospitais (CNES) que apresentaram produção de radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons e que não possuem esse equipamento registrado no CNES

434	25186	2077590	2118661	2171945	2558246	2772310
1023	26840	2080125	2126494	2232995	2586797	2775999
8753	2007037	2080575	2127989	2244306	2655519	3145425
10510	2025361	2082187	2153106	2269899	2686953	4049020
14109	2077485	2110075	2153114	2287285	2707918	6599877

Fonte: Elaboração própria com base em informações do CNES e o SIA/SUS

A produção total do procedimento 03.04.01.029-4 nesses hospitais em 2017 foi de aproximadamente 1,2 milhão de campos. Considerando a diferença de R\$ 5,00 entre os

procedimentos, o valor total aprovado inadequadamente em 2017 pode chegar a R\$ 6,1 milhões.

Dentre os 146 estabelecimentos que apresentaram produção relativa à radioterapia com aceleradores lineares em 2017 e que possuem esse equipamento registrado no CNES (desconsiderando os estabelecimentos do Quadro 05), 91 (62%) apresentaram produção inferior a 43.000 campos por equipamento instalado. Desses, 29 hospitais apresentaram produção inferior à metade do parâmetro, ou seja, menos de 21.500 campos por equipamento no ano.

Esses 91 hospitais com produção inferior ao parâmetro concentram 146 aceleradores lineares (conforme informações do CNES) e registraram produção referente a 2,48 milhões de campos (conforme informações do SIA), resultando em uma média de 17.000 campos por equipamento. Caso a produção estivesse dentro do parâmetro de 43.000 campos por equipamento, a produção total deveria ser de 6,27 milhões de campos, ou seja, cerca de 3,8 milhões acima do observado.

Considerando a média de 70 campos irradiados para cada paciente, é possível estimar que se esses hospitais apresentassem produtividade conforme o esperado, cerca de 54 mil pacientes a mais poderiam ter acesso ao tratamento radioterápico em 2017.

Além do impacto em relação ao acesso ao tratamento oncológico, a produtividade abaixo do esperado implica em alocação inadequada dos recursos federais. Isso porque o Ministério da Saúde transfere cerca de R\$ 1,7 milhão por ano para um equipamento habilitado, tendo como parâmetro a produção esperada de 43.000 campos. No caso dos 146 equipamentos com produção abaixo do esperado, o desembolso federal por chegar a R\$ 248,2 milhões ao ano, para uma produção esperada de 6,27 milhões de campo. Nesse caso, o montante federal transferido acima da efetiva produção pode chegar a R\$ 150 milhões ao ano.

Por fim, convém destacar que 55 hospitais apresentaram produção de radioterapia superior ao mínimo preconizado, com destaque para os hospitais que apresentaram produção superior a 100.000 campos por equipamento instalado. São eles: Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos, de Lages/SC (138 mil campos/equipamento), Hospital Bom Pastor, de Varginha/MG (121 mil campos/equipamento), Instituto do Câncer de São Paulo/SP (115 mil campos/equipamento) e Associação Mário Penna, de Belo Horizonte/MG (104 mil campos/equipamento).

No total, 116 mil pacientes receberam tratamento radioterápico pelo SUS em 2017. Considerando que a cobertura da saúde suplementar no Brasil é de aproximadamente 20% e que a estimativa do INCA é de 420 novos casos de câncer (exceto câncer de pele), estima-se a incidência de aproximadamente 336 mil casos de câncer sobre a população não coberta pela saúde suplementar. Considerando, ainda, a métrica de 60% dos casos que necessitam de radioterapia, estima-se que pelo menos 200 mil pacientes novos vão necessitar de radioterapia no SUS a cada ano.

Essas estimativas indicam que a oferta de radioterapia pelo SUS é defasada, tanto pela quantidade de serviços implantados como pela produtividade dos hospitais já habilitados.

- **Monitoramento dos parâmetros por estabelecimento habilitado**

Pelo exposto, percebe-se que existem diversos hospitais habilitados em oncologia que apresentam produção abaixo dos parâmetros mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Sobre esse aspecto, o art. 33 da Portaria SAS/MS nº 140/2014 estabelece que cabe ao Ministério da Saúde verificar os parâmetros de produção dos hospitais habilitados. Já o art. 38 da mesma portaria vincula a manutenção da habilitação ao alcance desses parâmetros.

Dessa forma, a produção abaixo do parâmetro pode ensejar o cancelamento da habilitação do hospital, e, por consequência, a diminuição do valor transferido pelo Ministério da Saúde por meio do Teto MAC.

Questionado acerca desse aspecto, o Ministério da Saúde alegou o seguinte:

“Foi realizado levantamento de produção dos estabelecimentos habilitados em alta complexidade em oncologia para avaliar o atingimento dos parâmetros mínimos de produção. A ideia é suspender o repasse para os gestores que não tiverem justificado bem a não implantação dos serviços. Este processo está em discussão e é conduzido pelo Gabinete da SAS”

A suspensão dos repasses consiste em uma medida extrema, tendo em vista o risco de impactar negativamente o acesso da população a um serviço já altamente deficitário como é a radioterapia.

RECOMENDAÇÕES

1 – Instituir, em conjunto com os demais atores e instâncias envolvidos na PNPCC, um sistema de monitoramento das ações de competência do Ministério da Saúde no âmbito dessa Política, incluindo os objetivos, as metas e os indicadores relacionados às dimensões tática e estratégica.

Achado nº 1

2 – Elaborar um Plano de Ação voltado a sanar os vazios assistenciais atualmente existentes no país e as situações onde a quantidade de estabelecimentos habilitados é inferior aos parâmetros adotados, incluindo, dentre outras informações, a hierarquização das regiões mais necessitadas e as estratégias a serem adotadas para suprir as carências, considerando a inviabilidade financeira de expandir a rede de estabelecimentos habilitados nos moldes adotados atualmente (impacto financeiro para cada nova habilitação).

Achado nº 2

3 – Ajustar a metodologia utilizada para avaliar a oferta de procedimentos oncológicos no país, considerando, dentre outros aspectos: a) Oferta total de tratamentos na região (e não de cada estabelecimento de forma isolada); b) Quantidade de pacientes atendidos (e não de cada procedimento isolado); c) Estimativa de incidência de câncer na região; d) cobertura da saúde suplementar (ajustada pela proporção de beneficiários que realizam tratamento pelo SUS);

Achado nº 3

4 – Avaliar a oferta de tratamentos oncológicos no SUS, considerando a existência de estabelecimentos com suboferta e outros com superoferta em uma mesma região, e ajustar os valores transferidos pelo Ministério da Saúde ao respectivo ente gestor quando ficar constatada a oferta abaixo do esperado na localidade.

Achado nº 3

CONCLUSÃO

Os levantamentos realizados no âmbito dessa auditoria revelam um cenário preocupante e desafiador no que diz respeito à oferta de tratamentos contra o câncer no país. A primeira conclusão é que a quantidade de hospitais que ofertam tratamentos oncológicos no SUS é insuficiente em diversas regiões do país. Verificou-se que os 303 hospitais atualmente habilitados estão distribuídos em 173 municípios. Nesse cenário, cerca de 66 milhões de pessoas (1/3 da população brasileira) vivem em regiões de saúde que não possuem hospitais habilitados para a oferta de tratamentos contra o câncer pelo SUS.

Em alguns estados, tais como Amazonas, Maranhão, Pará, Goiás e Sergipe a quantidade de estabelecimentos existente representa menos de 40% do quantitativo necessário. Como reflexo disso, tem-se que é necessário habilitar mais de 200 novos hospitais no país para o tratamento oncológico. No modelo atual de financiamento, isso representaria cerca de R\$ 1,5 bilhão a mais de desembolsos federais para custeio desses estabelecimentos a cada ano, o que é inviável no atual contexto de restrição orçamentária.

Além da carência por estabelecimentos habilitados, verificou-se que a produtividade dos hospitais existentes está abaixo do esperado em muitos casos. Mais de 100 hospitais no país ofertaram quimioterapia em quantitativo inferior ao mínimo esperado. No que diz respeito às cirurgias oncológicas, 245 hospitais apresentaram produção abaixo do esperado em 2017. Essa baixa produtividade de grande parte dos hospitais habilitados é absorvida por outros estabelecimentos que estão operando acima da capacidade esperada.

A situação é mais crítica quando se trata da oferta de tratamentos radioterápicos. As análises efetuadas indicam que somente 160 hospitais realizaram esse tipo de tratamento no país em 2017. Foram identificados 14 hospitais que deveriam ofertar esse tratamento mas não o fizeram em 2017. Outros 91 hospitais apresentaram produção abaixo do esperado. Nesse contexto, estima-se que mais de 60 mil pacientes não tiveram acesso ao tratamento de radioterapia por conta da baixa produtividade dos hospitais habilitados. Além disso, o montante transferido pelo Ministério da Saúde para custear esses tratamentos que não foram realizados nos hospitais habilitados supera R\$ 170 milhões ao ano.

Os exames indicam também que o monitoramento da PNPCC por parte do Ministério da Saúde carece de aprimoramentos, tanto no sentido de alinhar as metas e os indicadores aos objetivos da Política, como no sentido de qualificar os parâmetros utilizados para monitorar a oferta de tratamentos, uma vez que os atualmente utilizados não consideram aspectos importantes, tais como a quantidade de pacientes atendidos, a incidência de novos casos e a cobertura da saúde suplementar.

Dessa forma, em referência às questões de auditoria, conclui-se o seguinte:

- Foram instituídos indicadores e metas para o monitoramento da PNPCC, mas esses carecem de aprimoramento de modo a se alinharem aos objetivos estratégicos da

política e a refletirem de forma mais qualificada a oferta de tratamentos oncológicos no SUS

- A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) não atua de forma adequada na organização das Redes de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, uma vez que as habilitações emitidas no período em análise (2017) não foram nas regiões com maior carência por procedimentos oncológicos.

- A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) não adotou as devidas providências nos casos em que a oferta de tratamentos oncológicos no SUS ficou aquém do esperado.

Certificado de Auditoria

Anual de Contas



Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União - Secretaria Federal de Controle Interno

Certificado: 201800131

Unidade(s) Auditada(s): SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ministério Supervisor: MINISTÉRIO DA SAÚDE

Município (UF): Brasília/DF

Exercício: 2017

1. Foram examinados os atos de gestão praticados entre 01/01/2017 e 31/12/2017 pelos responsáveis das áreas auditadas na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), especialmente aqueles listados no artigo 10 da Instrução Normativa TCU nº 63/2010.

2. Os exames foram efetuados conforme escopo do trabalho informado no Relatório de Auditoria Anual de Contas, em atendimento à legislação federal aplicável às áreas selecionadas e atividades examinadas, incluindo os resultados das ações de controle, realizadas ao longo do exercício objeto de exame, sobre a gestão da unidade auditada.

3. O Relatório de Auditoria Anual de Contas consolida seis avaliações realizadas pela CGU atinentes à Política Nacional para Prevenção e Combate ao Câncer no SUS. Foram registradas constatações relevantes nesses relatórios para os quais, considerando as análises realizadas, não foi identificado nexo de causalidade com atos de gestão de agentes do Rol de Responsáveis da SAS/MS. Nestes casos, conforme consta nos respectivos Relatórios de Auditoria, foram recomendadas medidas saneadoras, inclusive algumas destinadas a outras unidades do Ministério da Saúde.

4. Nesse sentido, os seguintes achados subsidiaram a certificação dos agentes do Rol de Responsáveis da SAS/MS:

- a) Item 2 do Relatório nº 201801207 (anexo ao Relatório nº 201800131): Inexistência de critérios claros e objetivos para rateio dos recursos federais destinados à oncologia;
- b) Item 2 do Relatório nº 201801209 (anexo ao Relatório nº 201800131): Quantidade insuficiente de hospitais que realizam atendimento oncológico pelo SUS em diversas regiões do país
- c) Item 3 do Relatório nº 201801209 (anexo ao Relatório nº 201800131): Existência de hospitais que ofertam tratamento contra o câncer em quantitativo inferior ao mínimo estabelecido pelo Ministério da Saúde
- d) Item 1 do Relatório nº 201801208 (anexo ao Relatório nº 201800131): Insuficiência dos mecanismos existentes para a regulação interestadual de pacientes oncológicos no SUS;

5. Diante dos exames realizados e da identificação de nexo de causalidade entre os atos de gestão de cada agente e os achados mencionados, proponho que o encaminhamento das contas dos integrantes do Rol de Responsáveis seja conforme indicado a seguir:

CPF do agente público	Cargo ou função	Avaliação do órgão de Controle Interno	Fundamentação da avaliação do Controle Interno
758.***.***-49	Secretário SAS/MS	Regularidade com Ressalva	Item 2 do Relatório 201801207; Itens 2 e 3 do Relatório 201801209
782.***.***-34	Diretor DAET/SAS	Regularidade com Ressalva	Item 2 do Relatório 201801207; Item 3 do Relatório 201801209
072.***.***-53	Diretor DAET/SAS	Regularidade com Ressalva	Item 3 do Relatório 201801209
131.***.***-53	Diretor DRAC/SAS	Regularidade com Ressalva	Item 3 do Relatório 201801209; Item 1 do Relatório 201801208
Demais integrantes do Rol de Responsáveis		Regularidade	Considerando o escopo do Relatório de auditoria, não foram identificadas irregularidades com participação determinante destes agentes.

6. Considerando que as condutas que ensejam as ressalvas supracitadas são, principalmente, de caráter omissivo, entende-se que tais ressalvas não se estendem aos respectivos substitutos dos responsáveis. Ressalta-se que, dentre os responsáveis certificados por Regularidade, há agentes cuja gestão não foi analisada por não estar englobada no escopo da auditoria de contas, definido conforme art. 14, § 2º, da Decisão Normativa TCU nº 163/2017.

Brasília (DF), 27/07/2018

Coordenador-Geral de Auditoria da Área de Saúde - Substituto

Parecer de Dirigente do Controle Interno



Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União - Secretaria Federal de Controle Interno

Parecer: 201800131

Unidade(s) Auditada(s): Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)

Ministério Supervisor: Ministério da Saúde

Município (UF): Brasília/DF

Exercício: 2017

Autoridade Supervisora: Gilberto Magalhães Occhi – Ministro de Estado da Saúde

1. Tendo em vista os aspectos observados na prestação de contas anual do exercício de 2017 da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), expresso a seguinte opinião acerca dos atos de gestão com base nos principais registros e recomendações formulados pela equipe de auditoria.
2. A gestão da SAS/MS foi avaliada, principalmente, com base em seis auditorias realizadas pela CGU entre 2017 e 2018 sobre aspectos concernentes à Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer (PNPCC), sobretudo quanto ao Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), ao Plano de Expansão da Radioterapia no SUS (PERSUS), às transferências voluntárias da União na área de oncologia, ao processo de regulação interestadual de pacientes oncológicos, aos critérios adotados para rateio dos recursos federais na oncologia e à atuação do Ministério da Saúde no planejamento e no monitoramento da PNPCC.
3. Em relação aos resultados quantitativos e qualitativos do macroprocesso citado, verificou-se que a assistência oncológica no SUS apresenta carências em diversos aspectos, sobretudo quanto à quantidade de tratamentos contra o câncer ofertado à população. Nesse contexto, os instrumentos disponíveis pelo Ministério da Saúde para intervir na capacidade instalada dos hospitais que ofertam tratamento contra o câncer pelo SUS (PRONON, PERSUS e Transferências Voluntárias) necessitam de aprimoramento no sentido de compatibilizar a aplicação dos recursos federais nessas estratégias com as principais necessidades da PNPCC. Identificou-se, ainda, inadequações relacionadas ao processo de financiamento federal dos procedimentos oncológicos realizados, sobretudo diante da inexistência de critérios de rateio de recursos formalmente estabelecidos que contemplem as necessidades da Política. Quanto à atuação da SAS/MS como instância

central da PNPCC, verificou-se que a Unidade necessita aprimorar suas estratégias e os procedimentos, de modo a corrigir as situações indesejáveis nas políticas, com destaque para os casos em que a oferta de tratamentos contra o câncer fica aquém do esperado e da capacidade dos hospitais, apesar da existência de demanda reprimida. Nesse contexto, a auditoria indicou que a SAS/MS financia tratamentos oncológicos que não são efetivamente realizados e que esse valor pode superar R\$ 170 milhões por ano. Por fim, verificou-se que a SAS/MS não tem atuado de maneira suficiente para reduzir as demandas reprimidas por tratamentos oncológicos, seja pela atuação na regulação interestadual do acesso ou pela habilitação de novos estabelecimentos ou serviços nas localidades com maior carência.

4. Nesse contexto, foram emitidas recomendações relacionadas às principais falhas e impropriedades identificadas nessas seis auditorias realizadas pela CGU, com destaque para a necessidade de instituir critérios de rateio dos recursos federais, a alteração da lógica de financiamento das ações e dos serviços em oncologia e os ajustes nos parâmetros adotados para monitorar o acesso da população à assistência oncológica. Essas recomendações integram cada um dos relatórios das auditorias realizadas e são monitoradas dentro da estratégia de avaliação sistemática da PNPCC adotada pela CGU.

5. Além dos aspectos relacionados à PNPCC, cabe destacar a atuação da SAS/MS no atendimento às demais recomendações emitidas pelo Controle Interno. Sobre esse aspecto, verificou-se que a Unidade tem adotado providências no sentido de instituir normas e fluxos internos voltados a dar tratamento às recomendações oriundas de fiscalizações realizadas pela CGU, principalmente nos casos em que há indicação para a devolução de recursos federais transferidos a Estados e Municípios. Nesse sentido, em que pese a existência de um alto estoque de recomendações desse tipo em monitoramento, verifica-se que a Unidade está buscando se estruturar para que as providências administrativas a serem adotadas em cada caso sejam suficientes e eficazes, de modo a diminuir os casos que devem ensejar a instauração de tomadas de contas especiais (TCE).

6. Assim, em atendimento às determinações contidas no inciso III, art. 9º da Lei n.º 8.443/92, combinado com o disposto no art. 151 do Decreto n.º 93.872/86 e inciso VI, art. 13 da IN/TCU/N.º 63/2010 e fundamentado no Relatório de Auditoria, acolho a conclusão expressa no Certificado de Auditoria. Desse modo, o Ministro de Estado supervisor deverá ser informado de que as peças sob a responsabilidade da CGU estão inseridas no Sistema e-Contas do TCU, com vistas à obtenção do Pronunciamento Ministerial de que trata o art. 52, da Lei n.º 8.443/92, e posterior remessa ao Tribunal de Contas da União por meio do mesmo sistema.

Brasília/DF, 27 de julho de 2018.

Diretor de Auditoria de Políticas Sociais I